



**Canadian
Blood
Services**

BLOOD
PLASMA
STEM CELLS
ORGANS
& TISSUES

Rapport sur la séroprévalence de la
COVID-19

Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Le 29 septembre 2022

Rapport n° 25 : Enquête d'août 2022

L'avancée d'Omicron

Résumé

Août 2022

1^{er} au 31 août 2022 (n=35 121)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En août, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 58,55 % (IC à 95 %, 58,03 – 59,07) et est donc plus élevée qu'en juillet (54,01 % [IC à 95 %, 53,45 – 54,56]; $P < 0,0001$). Le pourcentage a très légèrement changé d'une semaine à l'autre en août, passant de 56,80 % (IC à 95 % : 55,64 – 57,96) à 58,29 % (IC à 95 % : 57,30 – 59,27) puis à 58,57 % (IC à 95 % : 57,57 – 59,57) et à 59,91 % (IC à 95 % : 58,92 – 60,90).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (75,06 % [IC à 95 %, 73,77 – 76,36]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de juillet.
- Les taux de séroprévalence ont augmenté en août par rapport à juillet dans toutes les provinces, mais la hausse était statistiquement significative seulement en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (67,48 % [IC à 95 %, 66,34 – 68,62]) que les donneurs blancs (56,63 % [IC à 95 %, 56,02 – 57,23]).

Juillet 2022

1^{er} au 31 juillet 2022 (n = 31 275)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses. On a observé une légère hausse des concentrations chez les personnes de plus de 60 ans en mai et en juin, ce qui cadre avec l'administration d'une quatrième dose de vaccin. Cependant, les chiffres ont plafonné en juillet.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En juillet, la séroprévalence (par infection naturelle) était de 54,01 % (IC à 95 % : 53,45 – 54,56), c'est-à-dire plus élevée qu'en en juin où elle était de 50,7 % (IC à 95 % : 50,15 – 51,26)) $P < 0,0001$). Le pourcentage a très légèrement changé d'une semaine à l'autre en juillet, passant de 52,32 % (IC à 95 % : 51,22 – 53,42) à 52,70 % (IC à 95 % : 51,62 – 53,77) puis à 54,68 % (IC à 95 % : 53,61 – 55,74) et à 56,51 % (IC à 95 % : 55,35 – 57,67).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (71,15 % [IC à 95 %, 69,71 – 72,59]) de toutes les tranches d'âge. Toutefois, le taux de séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport à juin.
- Les taux de séroprévalence ont augmenté en juillet par rapport à juin dans toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, mais la hausse était statistiquement significative seulement en Colombie-Britannique, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (62,27 % [IC à 95 %, 61,03 – 63,51]) que les donneurs blancs (52,01 % [IC à 95 %, 51,37 – 52,06]).

Juin 2022

1^{er} au 30 juin 2022 (n = 32 121)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses. Une augmentation de la concentration chez les personnes de plus de 60 ans a été observée en mai et s'est poursuivie en juin, en accord avec l'administration d'une quatrième dose.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En juin, la séroprévalence (par l'infection naturelle) atteignait 50,7 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26) et était donc plus élevée qu'en mai 2022 (46,32 % [IC à 95 %, 45,77 – 46,87]; $P < 0,0001$). Le pourcentage connu une évolution minimale d'une semaine à l'autre au cours de ce mois, passant de 50,47 % (IC à 95 %, 49,32 – 51,63) à 51,07 % (IC à 95 %, 50,04 – 52,10), puis à 50,26 % (IC à 95 %, 49,25 – 51,27) et à 50,76 % (IC à 95 %, 49,58 – 51,94).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (66,29 % [IC à 95 %, 64,81 – 67,77]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de mai.
- En juin, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de mai.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (58,03 % [IC à 95 %, 56,79 – 59,27]) que les donneurs blancs (49,01 % [IC à 95 %, 48,38 – 49,65]).

Mai 2022

1^{er} au 31 mai 2022 (n = 31 764)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses. Une augmentation de la concentration chez les personnes de plus de 60 ans a été observée en mai.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En mai 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 46,32 % (IC à 95 %, 45,77 – 46,87) et est donc plus élevée qu'en avril 2022 (36,71 % [IC à 95 %, 36,16 – 37,26]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long du mois de mai, passant de 42,74 % (IC à 95 %, 41,65 – 43,84) à 46,11 % (IC à 95 %, 45,00 – 47,21), puis à 47,03 % (IC à 95 %, 45,96 – 48,10) et à 48,96 % (IC à 95 %, 47,87 – 50,06) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (64,47 % [IC à 95 %, 62,96 – 65,98]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois d'avril.
- En mai, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois d'avril, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (54,35 % [IC à 95 %, 53,12 – 55,58]) que les donneurs blancs (44,31 % [IC à 95 %, 43,67 – 44,95]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier 2022 et atteignant 46,83 % (IC à 95 %, 44,57 – 49,10) en mai 2022.
- Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin 2021 et décembre 2021, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier 2022 à 31,02 % (IC à 95 %, 30,17 – 31,88) en mai 2022.

Avril 2022

1^{er} au 30 avril 2022 (n=29 787)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,74 % (IC à 95 %, 99,60 – 99,88) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre 2021, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février 2022, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement à cause de l'administration de doses du vaccin, mais elles sont maintenant en baisse.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En avril 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 36,71 % (IC à 95 %, 36,16 – 37,26) et est donc plus élevée qu'en mars 2022 (28,70 % [IC à 95 %, 28,15 – 29,26]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long du mois d'avril, passant de 32,83 % (IC à 95 %, 31,67 – 33,98) à 35,54 % (IC à 95 %, 34,47 – 36,60), puis à 37,64 % (IC à 95 %, 36,62 – 38,65) et à 40,04 % (IC à 95 %, 38,90 – 41,18) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (55,37 % [IC à 95 %, 53,76 – 56,99]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de mars.
- En avril, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de mars.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (45,06 % [IC à 95 %, 43,77 – 46,34]) que les donneurs blancs (34,78 % [IC à 95 %, 34,15 – 35,42]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier 2022 et à 37,19 % (IC à 95 %, 35,14 – 39,28) en avril 2022.
- Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin 2021 et décembre 2021, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier 2022 à 21,99 % (IC à 95 %, 21,19 – 22,80) en avril 2022.

Mars 2022

1^{er} au 31 mars 2022 (n=26 026)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,57 % (IC à 95 %, 99,42 – 99,73) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février, les concentrations avaient augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses, mais avaient commencé à diminuer en mars.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En mars 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 28,70 % (IC à 95 %, 28,15 – 29,25) et est donc plus élevée qu'en février 2022 (23,68 % [IC à 95 %, 23,18 – 24,18]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 31 jours, passant de 27,02 % (IC à 95 %, 25,95 – 28,09) à 27,54 % (IC à 95 %, 26,47 – 28,61), puis à 30,68 % (IC à 95 %, 29,61 – 31,75) et à 29,52 % (IC à 95 %, 28,34 – 30,69) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (44,27 % [IC à 95 %, 42,54 – 46,01]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de février.
- En mars, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de février, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, où les échantillons étaient plus petits.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (38,58 % [IC à 95 %, 37,21 – 39,95]) que les donneurs blancs (26,27 % [IC à 95 %, 25,65 – 26,89]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier et atteignant 29,49 % (IC à 95 %, 27,57 – 31,48) en mars.
- Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier à 17,50 % (IC à 95 %, 16,66 – 18,37) en mars.

Février 2022

1^{er} au 28 février 2022 (n=28 616)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 99,60 % (IC à 95 %, 99,45 – 99,75) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En février, les concentrations ont augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En février 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 23,68 % (IC à 95 %, 23,18 – 24,18) et est donc plus élevée qu'en janvier 2022 (12,12 % [IC à 95 %, 11,76 – 12,48]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 28 jours, passant de 21,39 % (IC à 95 %, 20,31 – 22,48) à 23,43 % (IC à 95 %, 22,41 – 24,45), puis à 23,68 % (IC à 95 %, 22,77 – 24,58) et à 25,25 % (IC à 95 %, 24,30 – 26,20) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (36,27 % [IC à 95 %, 34,68 – 37,86]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de janvier.
- En février, la séroprévalence a augmenté dans toutes les provinces par rapport au mois de janvier.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (33,45 % [IC à 95 %, 32,16 – 34,73]) que les donneurs blancs (21,17 % [IC à 95 %, 20,62 – 21,72]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 9,12 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07) en janvier, puis ont plus que doublé en février (23,71 %, IC à 95 %, 22,10 – 25,37).
- Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier à 15,56 % (IC à 95 %, 14,72 – 16,42) en février.

Janvier 2022

1^{er} au 31 janvier 2022 (n=32 505)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,89 % (IC à 95 %, 98,73 – 99,06) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En janvier, les concentrations ont augmenté dans toutes les tranches d'âge, probablement en raison de l'administration des troisièmes doses.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En janvier 2022, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 12,12 % (IC à 95 %, 11,76 – 12,48) et est donc plus élevée qu'en décembre 2021 (6,39 % [IC à 95 %, 6,01 – 6,76]; $P < 0,0001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 31 jours, passant de 7,16 % (IC à 95 %, 6,62 – 7,71) à 10,09 % (IC à 95 %, 9,46 – 10,71), puis à 12,65 % (IC à 95 %, 11,84 – 13,45) et à 16,30 % (IC à 95 %, 15,51 – 17,09) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (22,22 % [IC à 95 %, 20,93 – 23,51]) de toutes les tranches d'âge. Cependant, la séroprévalence a augmenté dans toutes les tranches d'âge par rapport au mois de décembre.
- En janvier, la séroprévalence a augmenté dans presque toutes les provinces par rapport au mois de décembre.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (18,29 % [IC à 95 %, 17,27 – 19,32]) que les donneurs blancs (10,73 % [IC à 95 %, 10,34 – 11,12]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin 2021 à 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre, puis ont plus que doublé en janvier, puisqu'elles ont atteint 9,012 % (IC à 95 %, 8,24 – 10,07).
- Les infections postvaccinales potentielles sont demeurées faibles entre juin et décembre, mais ont augmenté par la suite, passant de 0,74 % (IC à 95 %, 0,48 – 1,10) en décembre à 5,19 % (IC à 95 %, 4,68 – 5,74) en janvier.

Décembre 2021

14 au 30 décembre 2021 (n=16 816)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,58 % (IC à 95 %, 98,34 – 98,82) (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S étaient élevées en septembre, mais ont diminué graduellement. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. En décembre, les concentrations avaient augmenté dans les tranches d'âge les plus âgées, probablement à cause de l'administration de troisièmes doses, conformément aux politiques visant la vaccination prioritaire des groupes plus âgés.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En décembre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 6,39 % (IC à 95 %, 6,01 – 6,76) et est donc plus élevée qu'en novembre, où elle correspondait à 5,08 % (IC à 95 %, 4,58 – 5,50); $P < 0,001$). L'évolution a été graduelle tout au long de la période de déclaration de 17 jours, passant de 5,60 % (IC à 95 %, 5,03 – 6,18) à 6,55 % (IC à 95 %, 5,95 – 7,15), puis à 7,51 % (IC à 95 %, 6,63 – 8,39) en raison de la persistance du variant Omicron.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (11,37 % [IC à 95 %, 9,99 – 12,75]) de toutes les tranches d'âge.
- La séroprévalence est demeurée semblable à novembre dans la majorité des provinces, mais a augmenté en décembre en Alberta (12,94 % [IC à 95 %, 11,62 – 14,27]; $P < 0,001$) et en Ontario (5,43 % [IC à 95 %, 4,94 – 5,92]; $P < 0,001$) par rapport à novembre.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (10,40 % [IC à 95 %, 9,32 – 11,48]) que les donneurs blancs (5,21 % [IC à 95 %, 4,81 – 5,61]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre, mais les infections postvaccinales sont peu courantes, à 0,74 % (IC à 95 %, 0,48 – 1,10).

Novembre 2021

13 au 24 novembre 2021 (n=9 018)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion (corrigée) de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,52 % (IC à 95 %, 98,18 – 98,86), légèrement plus qu'en octobre (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S; $P = 0,039$). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- En juillet, les concentrations d'anticorps anti-S étaient très élevées (>2 500 U/mL), mais ont diminué graduellement dans presque toutes les tranches d'âge au fil des mois, la diminution la plus marquée étant observée dans les groupes les plus âgés. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En novembre, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 5,08 % (IC à 95 %, 4,58 – 5,50) et est donc plus élevée qu'en octobre (4,26 % [IC à 95 %, 3,85 – 4,68]; $P = 0,014$).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (9,35 % [IC à 95 %, 7,62 – 11,07]) de toutes les tranches d'âge.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (8,28 % [IC à 95 %, 6,82 – 9,74]) que les donneurs blancs (4,56 % [IC à 95 %, 4,05 – 5,07]).
- Parmi les donneurs ayant subi plusieurs dépistages, les nouvelles infections chez les donneurs non vaccinés ont augmenté, passant de 1,53 % (IC à 95 %, 1,14 – 2,00) en juin à 3,19 % (IC à 95 %, 2,42 – 4,13) en novembre, mais les infections postvaccinales sont peu courantes, à 0,6 % (IC à 95 %, 0,37 – 0,93).

Octobre 2021

14 au 23 octobre 2021 (n=9 627)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 98,01 % (IC à 95 %, 97,65 – 98,36), légèrement plus qu'en septembre (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S, qui étaient très élevées en juillet (>2 500 AU/mL), ont commencé à diminuer chez les personnes âgées en septembre. En octobre, les valeurs demeurent très élevées, mais elles diminuent graduellement dans toutes les tranches d'âge. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (99,25 % [IC à 95 %, 98,72 – 99,79]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (97,13 % [IC à 95 %, 95,64 – 98,61]).
- Chez les 25 100 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (55,2 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S au premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S au don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 15 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En octobre, la séroprévalence (par infection naturelle) était de 4,26 % (IC à 95 % : 3,85 – 4,68), semblable à ce qu'elle était en septembre 2021 (4,38 % [IC à 95 % : 3,96 – 4,81 %]).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (7,50 % [IC à 95 %, 5,98 – 9,01 %]) de toutes les tranches d'âge.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (6,18 % [IC à 95 %, 4,92 – 7,45]) que les donneurs blancs (3,85 % [IC à 95 %, 3,40 – 4,31]).

Septembre 2021

14 au 24 septembre 2021 (n=9 363)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 97,03 % (IC à 95 %, 96,62 – 97,44), légèrement plus qu'en août (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- La concentration d'anticorps dirigés contre la protéine spiculaire, qui était très élevée (plus de 2 500 UA/ml) en juillet, commence à décliner chez les adultes plus âgés en septembre. Un pic des valeurs, suivi par une diminution, est à prévoir après la vaccination. Ces résultats sont conformes aux politiques de vaccination prioritaire dans les groupes plus âgés.
- Les concentrations d'anticorps anti-S, qui étaient très élevées en juillet (>2 500 AU/mL), ont commencé à diminuer chez les personnes âgées en septembre.
- Chez les 21 727 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (54,0 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S au premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S au don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 12 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (8,70 % [IC à 95 %, 7,06 – 10,34 %]) de toutes les tranches d'âge. Le taux a considérablement augmenté en septembre (2,78 % [IC à 95 % : 2,13 – 3,43 %]) par rapport au mois d'août (1,61 % [IC à 95 % : 1,09 – 2,12 %]) parmi les plus de soixante ans, mais est resté stable dans les autres tranches d'âge.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,61 % [IC à 95 %, 6,24 – 8,97]) que les donneurs blancs (3,65 % [IC à 95 %, 3,20 – 4,10]).

Août 2021

15 au 26 août 2021 (n=9 109)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 96,09 % (IC à 95 %, 95,63 – 96,54), légèrement plus qu'en juillet (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S médianes ont augmenté en juillet par rapport aux mois précédents ($P < 0,001$), mais se sont accentuées davantage en août ($P < 0,001$).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (98,25 % [IC à 95 %, 97,56 – 98,95]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (93,41 % [IC à 95 %, 91,45 – 95,37]).
- Chez les 17 762 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (52,9 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S au premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S au don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage). Au total, 11 infections postvaccinales étaient présumées (les donneurs avaient obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage).

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En août, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,43 % (IC à 95 %, 3,99 – 4,86), semblable à celle de juillet 2021 (4,08 % [IC à 95 %, 3,65 – 4,51]).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (8,44 % [IC à 95 %, 6,80 – 10,09 %]) de toutes les tranches d'âge. La prévalence la plus élevée de cette tranche d'âge est observée au Manitoba (24,95 % [IC à 95 %, 13,53, 36,37]).
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (11,14 % [IC à 95 %, 9,14 – 13,15]) que les donneurs blancs (3,30 % [IC à 95 %, 2,86 – 3,74]). Le taux d'infections naturelles chez les donneurs racisés s'est également creusé par rapport à juillet. L'écart entre les donneurs habitant dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux habitant dans des quartiers aisés a commencé à s'accroître, probablement à cause de la quatrième vague. Il se situe maintenant à 7,85 % (IC à 95 %, 5,87 – 9,83), par rapport à 3,27 % (IC à 95 %, 2,52 – 4,02) auparavant.

Juillet 2021

14 au 23 juillet 2021 (n=8 457)

•Immunité humorale (d'après les résultats du dosage des anticorps antispiculaires)

- Les résultats du dosage des anticorps antispiculaires (anti-S) démontrent une réponse humorale du SRAS-CoV-2 à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 94,69 % (IC à 95 %, 94,16 – 95,22), une augmentation marquée par rapport au mois de juin (d'après les résultats du dosage des anticorps anti-S). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- Les concentrations d'anticorps anti-S médianes ont augmenté en juin par rapport aux mois précédents ($P < 0,001$), mais se sont accentuées davantage en juillet ($P < 0,001$).
- La séroprévalence des donneurs blancs (95,04 % [IC à 95 %, 94,44 – 95,64]) était semblable à celle des donneurs racisés (93,82 % [IC à 95 %, 92,48 – 95,15]), l'écart s'étant corrigé par rapport aux enquêtes précédentes. Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs qui habitent dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (96,72 % [IC à 95 %, 95,82 – 97,61]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (92,94 % [IC à 95 %, 90,89 – 95,00]).
- Chez les 14 201 donneurs ayant été soumis au dépistage au moins deux fois depuis janvier 2021, le profil de dépistage le plus courant (51,2 %) était présumé être passé de l'état de non vacciné à celui de vacciné (résultats négatifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage), probablement à cause de la vaccination. Cinq donneurs ayant obtenu des résultats négatifs aux anticorps anti-N et positifs aux anticorps anti-S lors de leur premier don de sang soumis au dépistage, puis positifs aux anticorps anti-N et anti-S lors de leur don de sang le plus récent à avoir été soumis au dépistage, probablement à cause d'infections postvaccinales.

•Infections naturelles (d'après les résultats du dosage des anticorps antinucléocapsidiques)

- En juillet, la séroprévalence (par l'infection naturelle) est de 4,08 % (IC à 95 %, 3,65 – 4,51), en baisse par rapport au mois de juin 2021.
- Dans la plupart des provinces, sauf l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle et aux mesures de distanciation.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (6,71 % [IC à 95 %, 5,17 – 8,25]) de toutes les tranches d'âge, mais l'écart s'est rétréci depuis juin 2021.
- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (11,88 % [IC à 95 %, 6,80 – 16,97]) et en Colombie-Britannique (9,91 % [IC à 95 %, 5,44 – 14,37]). Depuis juin 2021, la séroprévalence a diminué ou est demeurée très similaire dans toutes les provinces, sauf en Colombie-Britannique, où elle a augmenté.
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,29 % [IC à 95 %, 5,95 – 8,63]) que les donneurs blancs (3,33 % [IC à 95 %, 2,87 – 3,78]). L'écart entre les donneurs vivant dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux vivant dans des quartiers aisés se referme (4,62 % [IC à 95 % : 3,03 – 6,22] contre 3,87 % [IC à 95 % : 3,02 – 4,71], respectivement). Toutefois, ceux qui vivent dans des milieux socialement défavorisés (ayant moins de contacts sociaux) présentaient des taux de séroprévalence inférieurs à ceux des personnes les moins défavorisées : 3,35 % (IC à 95 % : 2,39 – 4,30) contre 5,63 % (IC à 95 % : 4,47 – 6,80).

Juin 2021

14 au 29 juin 2021 (n=16 884)

• Immunité humorale (d'après les résultats du dosage antispiculaire de Roche)

- Les résultats de l'essai Roche S indiquent une réponse immunitaire humorale au SRAS-CoV-2 due à la vaccination ou à une infection naturelle. Puisqu'il est conseillé de se faire vacciner indépendamment d'une infection antérieure, les personnes qui obtiennent à la fois des résultats positifs aux anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et anti-S au dosage de Roche ont probablement été infectées et peuvent avoir été vaccinées ou non.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale au SRAS-CoV-2 s'élève à 90,78 % (IC à 95 %, 90,32 – 91,25), ce qui représente une augmentation considérable par rapport au mois de mai (d'après les résultats du dosage anti-S de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- La proportion de donneurs de sang possédant une immunité humorale présumée au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination s'élève à 86,05 % (IC à 95 %, 85,50 – 86,59), ce qui représente une augmentation marquée par rapport au mois de mai (d'après les résultats du dosage anti-S de Roche seul).
- La séroprévalence des donneurs blancs (dosage anti-S de Roche, essentiellement conférée par la vaccination; 90,81 % [IC à 95 %, 90,25 – 91,35]) ne différerait pas de celle des donneurs racisés (91,37 % [IC à 95 %, 90,27 – 92,47]). L'écart s'est corrigé par rapport aux enquêtes précédentes. Cependant, la séroprévalence des donneurs blancs découlant du dosage anti-S de Roche seulement (probablement conférée par la vaccination; 86,87 % [IC à 95 %, 86,26 – 87,49]) est plus élevée que celle des donneurs racisés (83,14 % [IC à 95 %, 81,72 – 84,56]), et l'écart s'est amenuisé entre ces deux groupes par rapport au mois de mai. De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (dosage anti-S de Roche, essentiellement conférée par la vaccination; 93,68 % [IC à 95 %, 92,90 – 94,46]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (88,33 % [IC à 95 %, 86,60 – 90,06]).

• Infections naturelles (d'après les résultats du dosage antinucléocapsidique de Roche)

- En juin, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 4,5 % (IC à 95 %, 4,19 – 4,83), ce qui représente une augmentation par rapport au mois de mai 2021.
- Dans la plupart des provinces, sauf l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (9,3 % [IC à 95 %, 8,04 – 10,57]) de toutes les tranches d'âge.
- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (17,53 % [IC à 95 %, 13,23 – 21,82]), en Saskatchewan (14,26 % [IC à 95 %, 6,66 – 21,87]) et au Manitoba (15,56 % [IC à 95 %, 8,46 – 22,65]).
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,95 % [IC à 95 %, 6,95 – 8,95]) que les donneurs blancs (3,72 % [IC à 95 %, 3,38 – 4,06]). Ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel présentent un taux plus élevé d'infections naturelles (6,95 % [IC à 95 %, 5,62 – 8,27]) par rapport à 4,26 % [IC à 95 %, 3,66 – 4,87]).

Mai 2021

22 mai au 4 juin 2021 (n=17 001)

- Au total, 63,9 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 (IC à 95 %, 63,2 – 64,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois d'avril (d'après les résultats du dosage antispiculaire [anti-S] de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.

• Immunité humorale conférée par la vaccination (réactive au dosage antispiculaire de Roche seulement)

- Au total, 59,8 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination (IC à 95 %, 59,1 – 60,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois d'avril.
- La séroprévalence des donneurs blancs (conférée par la vaccination; 61,8 % [IC à 95 %, 60,9 – 62,7]) est plus élevée que celle des autres donneurs racisés (48,9 % [IC à 95 %, 47,1 – 50,7]). De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (64,8 % [IC à 95 %, 63,4 – 66,2]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (56,6 % [IC à 95 %, 54,0 – 59,1]).

• Infections naturelles (d'après les résultats du dosage antinucléocapsidique de Roche)

- En mai, la séroprévalence (par infection naturelle) était de 4,0 % (IC à 95 % : 3,7 – 4,3), c'est-à-dire plus élevée qu'en avril 2021.
- Dans la plupart des provinces, sauf l'Ontario et l'Alberta, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (7,0 % [IC à 95 %, 5,9 – 8,1]) de toutes les tranches d'âge.
- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (12,7 % [IC à 95 %, 9,0 – 16,4]) et au Manitoba (11,3 % [IC à 95 %, 5,2 – 17,4]).
- Les donneurs racisés présentent une séroprévalence plus élevée (7,4 % [IC à 95 %, 6,5 – 8,3]) que les donneurs blancs (3,3 % [IC à 95 %, 2,9 – 3,6]). Ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel présentent un taux plus élevé d'infections naturelles que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (5,7 % [IC à 95 %, 4,5 – 6,8]) par rapport à 3,1 % [IC à 95 %, 2,6 – 3,6]).

Avril 2021

13 au 30 avril 2021 (n=16 931)

- Au total, 26,9 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 (IC à 95 %, 26,2 – 27,6), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de mars (d'après les résultats du dosage antispiculaire [anti-S] de Roche). Ce résultat est principalement attribuable à la vaccination.
- **Immunité humorale conférée par la vaccination (réactive au dosage antispiculaire de Roche seulement)**
- Au total, 23,6 % des donneurs de sang présentent une immunité humorale au SRAS-CoV-2 conférée par la vaccination (IC à 95 %, 23,0 – 24,3), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de mars.
- Une iniquité vaccinale commence à émerger en avril 2021.
- La séroprévalence des donneurs blancs (conférée par la vaccination; 25,0 % [IC à 95 %, 24,3 – 25,8]) est plus élevée que celle des donneurs racisés (17,9 % [IC à 95 %, 16,5 – 19,3]). De même, les donneurs habitant dans des quartiers aisés présentent une séroprévalence plus élevée (26,9 % [IC à 95 %, 25,6 – 28,2]) que ceux qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (20,9 % [IC à 95 %, 18,8 – 23,0]).
- **Infections naturelles (d'après les résultats du dosage antinucléocapsidique de Roche)**
- En avril, la séroprévalence (par l'infection naturelle) s'élève à 3,2 % (IC à 95 %, 3,0 – 3,5), semblable à celle de mars 2021.
- Dans la plupart des provinces, sauf l'Ontario, les infections naturelles se sont stabilisées, probablement en raison de la vaccination à grande échelle.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (5,4 % [IC à 95 %, 4,4 – 6,3]) de toutes les tranches d'âge.
- Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est plus élevée en Alberta (8,9 % [IC à 95 %, 5,7 – 12,0]) et au Manitoba (15,0 % [IC à 95 %, 7,9 – 22,0]) que dans l'ensemble de l'échantillon.
- Les donneurs des groupes racisés présentaient un taux de prévalence plus élevé (5,3 % [IC à 95 % : 4,4 – 6,1]), comparativement aux donneurs blancs (2,8 % [IC à 95 % : 2,5 – 3,1]). Les donneurs vivant dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel affichaient un taux supérieur d'infections naturelles : 4,6 % (IC à 95 % : 3,5 – 5,7) en comparaison avec ceux vivant dans des quartiers aisés : 2,7 % (IC à 95 % : 2,2 – 3,2).

Mars 2021

27 février au 13 mars 2021 (n=16 873)

- Les analyses sérologiques faisant appel aux dosages des anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et antispiculaires (anti-S) totaux de Roche permettent de suivre les tendances relatives à la transmission de l'infection naturelle et à la séropositivité conférée par la vaccination.
- Dans l'ensemble, en mars 2021, la séroprévalence corrigée mesurée par le dosage anti-S de Roche (indicateur de l'immunité humorale, conférée par la vaccination ou induite par l'infection naturelle) s'élève à 9,9 % (IC à 95 %, 9,4 – 10,3). La proportion de la population exposée à l'infection naturelle, par rapport à celle ayant acquis une immunité postvaccinale, était variable au Canada.
- La séroprévalence corrigée, mesurée par le dosage anti-S de Roche seulement (résultats négatifs aux anticorps anti-N, indicateurs d'une immunité conférée par la vaccination), s'élève à 6,8 % (IC à 95 %, 6,4 – 7,16), ce qui représente une augmentation importante par rapport au mois de janvier.
- Selon les déclarations de vaccination, le dosage anti-S de Roche seul décèle les donneurs vaccinés avec une sensibilité de 96,1 % (au bout de deux semaines).
- Malgré l'accès plus étendu aux vaccins contre la COVID-19, la séroprévalence mesurée par le dosage anti-N de Roche (indicateur d'une infection naturelle) a continué d'augmenter entre janvier (2,2 % [IC à 95 %, 2,1 – 2,4]) et mars (3,3 % [IC à 95 %, 3,0 – 3,5]).
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (immunité par l'infection naturelle; 6,37 % [IC à 95 %, 5,31 – 7,44]) de toutes les tranches d'âge. Dans cette tranche d'âge, la séroprévalence est beaucoup plus élevée en Alberta (14,7 % [IC à 95 %, 10,8 – 18,6]) et au Manitoba (20,8 % [IC à 95 %, 12,3 – 28,0]) que dans l'ensemble de l'échantillon.
- Les disparités sur le plan de la séroprévalence de l'immunité induite par l'infection naturelle entre les donneurs racisés et les donneurs blancs et entre ceux qui habitent dans des quartiers défavorisés sur le plan matériel et ceux qui habitent dans des quartiers aisés se sont amenuisées pour la première fois depuis novembre 2020, lorsqu'elles avaient commencé à se creuser.

Janvier 2021 (Roche)

1^{er} au 27 janvier 2021 (n=33 400, Roche)

- Pour évaluer la séroprévalence depuis le déploiement des vaccins, les chercheurs analysent des échantillons de sang résiduel à l'aide des dosages antispiculaire (ou anti-S, semi-quantitatif) et antinucléocapsidique (ou anti-N; qualitatif) anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche. Tous les vaccins produiront des anticorps anti-S, mais pas d'anticorps anti-N, alors que l'infection naturelle produit généralement à la fois des anticorps anti-S et anti-N.
- En janvier 2021, la séroprévalence estimée était supérieure selon l'essai Roche S (2,78 % [IC à 95 % : 2,58 – 2,97]) par rapport aux essais qui détectent les anticorps de la nucléocapside. La séroprévalence mesurée par l'essai Roche N était de 2,24 % (IC à 95 % : 2,08 – 2,41), ce qui est comparable aux résultats de l'essai Abbott N (1,99 % [IC à 95 % : 1,84 – 2,15]).
- **Nouveauté** : 511 (1,5 %) donneurs ont déclaré avoir été vaccinés contre la COVID-19 au cours des trois derniers mois en janvier 2021.

Janvier 2021

1^{er} au 27 janvier 2021 (n=34 921)

- En janvier, la séroprévalence se situe à 1,99 % (IC à 95 %, 1,84 – 2,15).
- Au Canada, la séroprévalence est demeurée plus élevée au Manitoba (3,92 % [IC à 95 %, 2,92 – 4,93]) et plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard (0 %).
- La séroprévalence a particulièrement augmenté en Ontario (1,16 % – 1,82 %) et en Alberta (2,12 % – 3,41 %) entre décembre 2020 et janvier 2021.
- Comme dans les enquêtes précédentes, les donneurs de 17 à 24 ans présentent la plus forte séroprévalence (3,45 % [IC à 95 %, 2,87 – 4,02]).
- Les disparités en fonction de la situation socioéconomique et de l'ethnicité se sont amplifiées. Les donneurs qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel risquent près de quatre fois plus d'obtenir un résultat positif à la COVID-10 que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (4,04 % par rapport à 1,17 %). Les donneurs racisés sont deux fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif que ceux qui se disent blancs (3,37 % par rapport à 1,66 %).
- Une comparaison détaillée par rapport à l'enquête précédente (décembre) est présentée.

Décembre 2020

10 au 23 décembre 2020 (n=16 961)

- En décembre, la séroprévalence se situe à 1,37 % (IC à 95 %, 1,18 – 1,56).
- Variations régionales : Au Canada, la séroprévalence est demeurée plus élevée au Manitoba (3,02 % [IC à 95 %, 1,75 – 4,29]), mais les pourcentages sont considérablement inférieurs à ceux du rapport précédent.
- Les donneurs de 17 à 24 ans continuent de présenter la plus forte séroprévalence (2,75 % [IC à 95 %, 2,01 – 3,49]).
- Les disparités en fonction de la situation socioéconomique s'accroissent. Les donneurs qui habitent dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel risquent trois fois plus d'obtenir un résultat positif à la COVID-10 que ceux qui habitent dans des quartiers aisés (2,2 % par rapport à 0,72 %).
- **Nouveauté** : Les données longitudinales obtenues auprès des donneurs réguliers démontrent une diminution du rapport signal/seuil au fil du temps.

Novembre 2020

7 au 25 novembre 2020 (n=17 049)

- En novembre, la séroprévalence est de 1,51 % (IC à 95 %, 1,31 – 1,71).
- Variations régionales : La séroprévalence a surtout augmenté dans l'Ouest canadien. La séroprévalence la plus élevée est observée dans les Prairies : elle est passée à 8,56 % (IC à 95 %, 6,51 – 10,62) au Manitoba, et à 4,2 % (IC à 95 %, 2,3 – 5,8) en Saskatchewan. Elle a légèrement diminué en Ontario, à 0,77 % (IC à 95 %, 0,56 – 0,97) et demeure à 0 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les donneurs de 17 à 24 ans présentent la séroprévalence la plus forte (2,97 % [IC à 95 %, 2,20 – 3,37]), tandis que les donneurs de 40 à 59 ans, la plus faible (1,09 % [IC à 95 %, 0,80, 1,38]).
- Nouveauté : La série chronologique est révisée. (Des données supplémentaires tirées de l'étude « Correlates of Immunity », réalisée d'avril au 31 août 2020, sont incluses dans le présent rapport.)
- La 1^{re} vague (mai à juin) est comparée au mois de novembre 2020.

Octobre 2020

12 au 31 octobre 2020 (n=16 811)

- La séroprévalence augmente considérablement en octobre, se situant à 0,88 % (IC à 95 %, 0,73 – 1,04; P=0,04).
- Variations régionales : La séroprévalence du Manitoba est la plus élevée au Canada (2,96 % [IC à 95 %, 1,70 – 4,23]). Celle de l'Ontario est demeurée stable (0,87 % [IC à 95 %, 0,65 – 1,08]).
- Nouveauté : Des cartes de zones chaudes démontrent les variations interprovinciales (par région économique).
- Accentuation des disparités : La séroprévalence est beaucoup plus faible chez les donneurs qui se disent blancs (0,75 %; IC à 95 %, 0,61 – 0,92) que chez les donneurs racisés (1,82 %; IC à 95 %, 1,21 – 2,62).

1^{re} vague

9 mai au 21 juillet 2020 (n=74 642)

- La séroprévalence est évaluée à 0,70 % (IC à 95 %, 0,63 – 0,77).
- Variations régionales : L'Ontario présente la séroprévalence la plus élevée (0,88 % [IC à 95 %, 0,78 – 0,99]). La séroprévalence est très faible dans les provinces de l'Atlantique.
- Disparités : La séroprévalence est plus faible chez les donneurs qui se disent blancs (0,66 %; IC à 95 %, 0,59 – 0,74) que chez les donneurs racisés (1,09 %; IC à 95 %, 0,84 – 1,34).

Introduction

Le SRAS-CoV-2 est responsable d'une infection respiratoire, la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Certaines personnes infectées sont extrêmement malades et peuvent succomber à des complications, tandis que d'autres n'éprouvent que de légers symptômes ou ne savent même pas qu'elles sont atteintes. Des mesures de distanciation physique rigoureuses ont été adoptées au début de la pandémie (vers la fin de mars 2020). Grâce à ces mesures, la première vague de la pandémie s'est stabilisée au Canada durant l'été, après avoir atteint un pic en avril 2020. Une résurgence des cas s'est amorcée à la fin de septembre 2020, dont le pic est survenu en janvier 2021. Elle a été suivie d'une troisième vague, qui a émergé dans de nombreuses régions du Canada en mars 2021 et s'est estompée à la fin d'avril. Une quatrième vague a déferlé au début d'août 2021 et s'est renversée à la fin d'octobre. À la mi-décembre 2021, une cinquième vague a commencé et s'est quelque peu résorbée en janvier 2022, puis une sixième vague commençait en mars/avril et une septième en juillet. Au 27 août 2022, 4 179 331 cas de COVID-19 ont été signalés au pays.

En janvier 2021, le variant Alpha (B.1.1.7) a commencé à s'imposer comme principal variant préoccupant. À la fin de juin 2021, le variant Delta (B.1.617.2) l'a graduellement remplacé. Un nouveau variant préoccupant plus contagieux, baptisé Omicron (B.1.1.529), a commencé à prendre le dessus à la mi-décembre 2021, suivi de sous-variants. Le moment précis où chaque variant est devenu dominant varie selon la province. À la fin de décembre 2021, les établissements de dépistage de la santé publique étaient débordés, et de nombreuses régions sociosanitaires ont adopté des restrictions en matière de dépistage. Puisqu'en plus des personnes qui étaient infectées, mais asymptomatiques, de nombreuses personnes symptomatiques ne sont plus dépistées, le nombre de cas déclarés sous-estime le taux d'infection. C'est pourquoi il est important de mener des études de surveillance des anticorps anti-SRAS-CoV-2 pour connaître la proportion de la population qui possède des anticorps perceptibles (la séroprévalence) et pour observer les tendances tout au long de la pandémie. Les données recueillies améliorent les modèles mathématiques utilisés pour prédire l'évolution de l'infection et éclairer les politiques de santé publique.

Les concentrations d'anticorps atteignent généralement un pic dans le mois suivant la vaccination, avant de diminuer progressivement. Elles peuvent être bien plus élevées après une nouvelle dose de vaccin, ou lorsqu'une infection se produit avant ou après la vaccination. En date du 11 août 2022, plus de 90 % des personnes de 18 ans ou plus au Canada avaient reçu une série primaire de vaccins. À compter de novembre 2021, certaines tranches de la population canadienne sont devenues admissibles à une troisième dose. Depuis, 59 % des personnes de 18 ans ou plus ont reçu au moins une dose supplémentaire. Les personnes âgées ou à risque ont été invitées à obtenir une quatrième dose et les vaccins bivalents sont largement accessibles depuis août 2022. Les données issues de la surveillance des concentrations d'anticorps antispiculaires (conférés par la vaccination) et de la proportion de personnes infectées par le variant Omicron permettent d'établir des modèles mathématiques pour estimer l'immunité humorale de la population.

En partenariat avec le Groupe de travail sur l'immunité face à la COVID-19, la Société canadienne du sang analyse des échantillons de sang résiduel (des dons non utilisés) pour détecter les anticorps contre le SRAS-CoV-2 chez les donateurs de sang. Le présent rapport examine la séroprévalence du SRAS-CoV-2 en distinguant l'immunité humorale causée par une infection naturelle de celle qui est probablement conférée par la vaccination. Les chercheurs mesurent la séroprévalence au moyen de deux dosages de détection des immunoglobulines totales mis au point par la société Roche, qui détectent les anticorps antispiculaires (ou anti-S) et antinucléocapsidiques (ou anti-N), et ils surveillent la concentration des anticorps anti-S. Ils évaluent l'évolution des événements au fil du temps et mesurent les différences selon les régions géographiques, les tranches d'âge, les groupes racisés et la situation socioéconomique.

Méthodologie

Population

La Société canadienne du sang dispose de sites de collecte de sang dans toutes les grandes villes et dans de nombreux petits centres urbains de toutes les provinces, sauf le Québec. Les personnes qui habitent en milieu rural peuvent avoir moins d'occasions de donner du sang, et les dons ne sont pas recueillis dans les territoires du Nord. Les donateurs de sang forment un sous-groupe raisonnablement représentatif des Canadiens en bonne santé âgés de 17 à environ 60 ans.

Admissibilité des donateurs de sang

Avant chaque don de sang, les donateurs doivent répondre à un questionnaire visant à confirmer qu'ils sont en bonne santé et ne présentent pas de facteurs de risque d'infections susceptibles d'être transmises aux receveurs de sang. Si rien n'indique que le SRAS-CoV-2 est transmissible par le sang, il est important d'assurer la sécurité des donateurs et du personnel des centres de donateurs. Ainsi, on demande à tous les donateurs s'ils ont eu la COVID-19 ou ont été en contact avec une personne infectée. Ceux qui ont eu un contact avec une personne infectée sont exclus du don pendant deux semaines; s'ils ont contracté la COVID-19, la période d'exclusion est de deux semaines après la disparition des symptômes (trois s'ils ont été hospitalisés). La température des donateurs est prise et leur taux d'hémoglobine est contrôlé avant le don.

Prélèvements de sang

Le don de sang est précédé du prélèvement de plusieurs fioles de sang qui sont utilisées pour le dépistage de maladies infectieuses. Un échantillon supplémentaire est prélevé, appelé échantillon de réserve, au cas où d'autres tests seraient nécessaires (80 % de ces échantillons ne sont pas utilisés pour les tests de dépistage opérationnels). Depuis le 9 mai 2020, pour les besoins de l'enquête, les échantillons de réserve sont divisés en aliquotes et congelés à une température d'au moins -20 °C.

Périodicité

Jusqu'au 21 juillet 2020, tous les échantillons de réserve faisaient l'objet de tests de dépistage des anticorps anti-SRAS-CoV-2 (première vague). D'août à décembre 2020, seuls les

échantillons des deux dernières semaines du mois environ y ont été soumis (sauf ceux d'août et de septembre, qui ont seulement été entreposés). En janvier 2021, une plus forte proportion des échantillons de réserve a fait l'objet de tests, mais en février, les échantillons ont seulement été entreposés. En mars, les tests effectués environ deux semaines par mois ont repris. La taille des échantillons a été limitée à compter de juillet 2021, pour inclure environ 300 échantillons par groupe d'âge et par région, en plus de tests de donneurs réguliers supplémentaires. En décembre 2021, les échantillons sur deux semaines ont fait l'objet des tests sans triage, afin d'accélérer la production de rapports, et depuis janvier 2022, les échantillons sont recueillis chaque semaine du mois. Les estimations de la séroprévalence prennent également en compte 1 500 tests supplémentaires de sang résiduel tirés de l'étude « Correlates of Immunity » réalisée entre avril 2020 et janvier 2021. Ces échantillons ont été soumis à une série de dosages (tests orthogonaux), y compris le dosage des immunoglobulines G d'Abbott.

		2020															
		Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre						
Séroprévalence ¹					14 541	51 963	21 594					16 811	17 049	16 961			
Étude « Correlates of Immunity » ²																	
		2021															
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre				
Séroprévalence ¹		34 921		16 873	16 931	17 001	16 884	8 457	9 109	9 363	9 627	9 018	16 816				
Étude « Correlates of Immunity » ²																	
		2022															
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août								
Séroprévalence ¹		32 505	28 616	26 027	29 787	31 764	32 121	31 275	35 121								
Test orthogonal ²																	

¹ Échantillons faisant l'objet de **dosages IgG anti-SRAS-CoV-2 d'Abbott jusqu'en janvier 2021** (le sang résiduel des mois d'août 2020, septembre 2020 et février 2021 a été divisé en aliquotes, mais n'a pas fait l'objet de tests). Depuis janvier 2021, tous les échantillons sont analysés au moyen des dosages anti-SRAS-CoV-2 (antispécifiques [anti-S] et antinucléocapsidiques [anti-N]) Elecsys® de Roche.

² Tests orthogonaux (chercheur principal : S. Drews [IRSC 2020]) qui consistent à analyser 1 500 échantillons par mois jusqu'en janvier 2021, inclusivement (par le dosage d'Abbott); cette étude est connue sous le nom de « Correlates of Immunity ».

Tests de détection des anticorps anti-SRAS-CoV-2

Les chercheurs utilisent deux dosages. Le dosage immunologique semi-quantitatif antispécifique (anti-S) anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche détecte les anticorps totaux (y compris les IgA, les IgM et les IgG) dirigés contre la protéine du spicule (S) du SRAS-CoV-2 (**anticorps anti-S**). Le dosage immunologique qualitatif anti-SRAS-CoV-2 Elecsys® de Roche détecte les anticorps totaux (y compris les IgA, les IgM et les IgG) au moyen d'une protéine recombinante représentant l'antigène de la nucléocapside (N) du SRAS-CoV-2 (**anticorps anti-N**). À une concentration de $\geq 0,8$ U/mL, le dosage des anticorps anti-S est présumé avoir une sensibilité de 98,8 % et une spécificité de 99,6 %. À une concentration de $\geq 1,0$ U/mL, le dosage des anticorps anti-N est présumé avoir une sensibilité de 99,5 % et une spécificité de 99,8 %¹. Tous les tests sont effectués dans les laboratoires de la Société canadienne du sang à Ottawa.

Les échantillons de janvier à août ont été testés à l'état brut et après dilution de 1:10 pour détecter l'anticorps anti-S. Toutefois, en juin, de nombreux échantillons dépassaient le taux de détection maximal lorsqu'ils étaient dilués. À compter de septembre, les échantillons ont été testés après dilution de 1:400.

Les analyses sérologiques au moyen de dosages de détection des anticorps anti-N et anti-S permettent de suivre les tendances de transmission de l'infection naturelle et de la séropositivité conférée par la vaccination². Dans ce rapport, les doublons « anticorps anti-S/immunité humorale (par vaccination ou infection naturelle) » et « anticorps anti-N/indicateur d'une infection naturelle » sont utilisés de manière interchangeable. Le but est de faciliter la compréhension des lecteurs, qui doivent toutefois être conscients que cette terminologie ne reflète pas toute la complexité de l'immunité adaptative.

Enjeux éthiques

Toutes les données ont été dépersonnalisées par l'équipe de technologie de l'information de la Société canadienne du sang par l'attribution d'un numéro d'identification aléatoire. Les variables démographiques et les antécédents de vaccination ont été extraits de la base de données des donneurs de la Société canadienne du sang (par exemple, la date du don, l'année de naissance, le sexe, le groupe racisé et la région de tri d'acheminement du code postal résidentiel) avant d'être reliés aux données du test. Dans le dépliant intitulé « Ce que vous devez savoir avant de donner du sang », que les donneurs doivent lire avant chaque don, et le dépliant « Votre don et son utilisation », les donneurs sont informés que leur sang sera soumis à des tests de dépistage de certaines maladies infectieuses et à d'autres tests, en fonction des besoins. Des renseignements au sujet de l'enquête ont été publiés dans le site Web à la fin du mois de juin 2020, avant le début des tests. Les donneurs n'ont pas été informés du résultat des analyses, car aucun test de confirmation ni test complémentaire n'est effectué. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la Société canadienne du sang.

Gestion et analyse des données

Le service de l'épidémiologie et de la surveillance de la Société canadienne du sang a analysé les données démographiques dépersonnalisées. Ses membres ont évalué la situation socioéconomique selon les quintiles de l'indice de défavorisation matérielle et sociale (MSDI) de Pampalon. Dérivé du recensement de 2016 de Statistique Canada, le MSDI est associé à l'aire de diffusion des codes postaux (la plus petite unité géographique disponible dans le recensement canadien, composée de 400 à 700 personnes). Puisque la concentration de donneurs de sang est plus élevée dans les secteurs où l'on trouve des centres de donneurs, la densité des donneurs est plus importante dans certaines régions que celle de l'ensemble de la population, et plus faible dans d'autres. Afin de pouvoir extrapoler pour l'ensemble de la population, des facteurs de pondération sont utilisés en fonction de la région de tri d'acheminement (RTA) du code postal résidentiel des donneurs, de leur tranche d'âge et de leur sexe. L'information est pondérée d'après des données de Statistique Canada (n° de catalogue 98-400-X2016008). Lorsque peu de donneurs habitent dans une RTA, celle-ci est combinée à plusieurs autres, de manière à former un groupe d'au moins 500 donneurs. Lorsque les

données ne sont pas associées à une RTA ou à une province où du sang est recueilli (0,2 % des échantillons), la pondération est mesurée d'après la RTA du centre de donateurs.

Pour calculer la séroprévalence, les chercheurs divisent le nombre d'échantillons positifs par le nombre d'échantillons soumis au test. Ils calculent les intervalles de confiance à 95 % selon la méthode dite « exacte ». La séroprévalence corrigée et les intervalles de confiance présentent les données pondérées corrigées compte tenu de la sensibilité et de la spécificité du test, mesurés au moyen de la formule de Rogan et Gladen³. La séroprévalence du SRAS-CoV-2 est stratifiée en fonction de caractéristiques géographiques (régions, provinces et certaines villes métropolitaines), du sexe, des tranches d'âge, de l'origine ethnique déclarée et d'indices de défavorisation sociale et matérielle.

Les tendances temporelles par intervalles mensuels sont évaluées en fonction des variables démographiques. Les comparaisons statistiques entre les groupes sont effectuées au moyen de la régression logistique.

Les personnes qui ont donné leur sang plus d'une fois depuis que les dosages de Roche ont commencé à être utilisés en janvier 2021 et dont les échantillons ont été sélectionnés en vue de l'analyse de séroprévalence (au moins deux échantillons testés par donneur) sont incluses dans un ensemble de données distinct en vue d'être analysées et sont qualifiées de « donateurs réguliers ». Chaque mois depuis juin 2021, les dons des donateurs réguliers sont évalués pour déceler les infections fortuites potentielles. Si un donneur présentait un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de son don précédent (préssumé vacciné) avant le mois observé, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors de son don suivant au cours du mois correspondant, il était considéré comme ayant contracté une infection postvaccinale fortuite potentielle. Pour calculer l'incidence mensuelle, les chercheurs divisent le nombre de nouvelles infections fortuites potentielles (résultats positifs aux anticorps anti-S et anti-N) au cours du mois par le total des donateurs ayant obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de leur don précédent au cours du mois correspondant. Les mêmes mesures sont utilisées pour évaluer les cas d'infections fortuites chez les donateurs qui présentaient un résultat négatif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don précédent (préssumé non vacciné), puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don suivant au cours du mois correspondant.

Résultats

Entre le 1^{er} et le 31 août 2022, les échantillons de 35 121 donateurs uniques ont été soumis à un test de dépistage des anticorps du SRAS-CoV-2.

Le tableau 1 compare la séroprévalence corrigée selon les différents dosages (**anticorps anti-N et anti-S**) en fonction des variables sociodémographiques dans toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec et les territoires). La séroprévalence corrigée globale mesurée selon les anticorps anti-S (indicateurs de l'immunité humorale) s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00). La séroprévalence corrigée mesurée selon les anticorps anti-N (indicateurs d'une infection naturelle) est de 58,55 % (IC à 95 %, 58,03 – 59,07) (consulter les éléments

d'interprétation). Le pourcentage a augmenté légèrement au cours de la période d'étude de 30 jours, passant de 56,80 % (IC à 95 % : 55,64 – 57,96) à 58,29 % (57,30 – 59,27) puis à 58,57 % (IC à 95 % : 57,57 – 59,57) et à 59,91 % (IC à 95 % : 58,92 – 60,90).

À la figure 1 sont présentées les tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre le 4 avril 2020 et le 31 août 2022. L'interruption de la ligne en janvier 2021 représente le passage des dosages d'Abbott à ceux de Roche. La plus forte augmentation de la séroprévalence a été observée avec le test Roche S, à partir du début du mois de mars 2021, témoignant du déploiement de la vaccination (première et deuxième doses) à grande échelle. À la figure 2 est mesurée la stratification de la séroprévalence par région. Au pays, l'immunité humorale découle essentiellement de la vaccination (plutôt que des infections naturelles). La plus forte augmentation de la séroprévalence observée avec le test Roche N s'est amorcée en février 2022 et la tendance reste à la hausse, ce qui correspond à la vague Omicron. Les tableaux A1.1 à A1.6 de l'annexe évaluent la séroprévalence selon le sexe, les tranches d'âge et l'indice de défavorisation matérielle dans les différentes régions.

Le tableau 2 compare l'évolution de la séroprévalence des infections naturelles dans le temps (**anticorps anti-N** entre juillet 2022 et août 2022). Dans l'ensemble, la séroprévalence des infections naturelles est plus élevée en août (58,55 % [IC à 95 %, 58,03 – 59,07]) qu'en juillet (54,01 % [IC à 95 % : 53,45 – 54,56] [$P < 0.0001$]) et le taux d'infections naturelles a augmenté par rapport au mois précédent dans tous les groupes démographiques. Toutefois, les augmentations n'étaient pas statistiquement significatives en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard, dans la région métropolitaine d'Edmonton et au sein des groupes ethniques et autochtones où l'échantillon était de petite taille. De toutes les tranches d'âge, celle des donneurs de 17 à 24 ans continue de présenter la séroprévalence la plus forte (75,06 % [IC à 95 %, 73,77 – 76,36]).

Il est prévu qu'après la vaccination, la concentration des anticorps augmente puis diminue graduellement. Entre septembre 2021 et août 2022, la dilution des échantillons contenant une forte concentration d'anticorps dirigés contre le spicule a permis de mesurer des concentrations d'anticorps pouvant s'élever jusqu'à 100 000 U/ml. La figure 3 présente les concentrations d'anticorps anti-S transformées en logarithmes par tranche d'âge entre septembre et août.

Entre juin et octobre 2021, les infections postvaccinales fortuites étaient rares, et le pourcentage variait d'un mois à l'autre sans qu'une tendance claire ne se dégage (voir le tableau 3). Une petite augmentation, observée en novembre et en décembre, s'est accélérée à compter de janvier et a atteint 36,03 % (IC à 95 %, 35,15 – 36,92) en août. Au tableau 4 est présenté le pourcentage de cas fortuits par mois chez les donneurs présumés non vaccinés. Depuis juin 2021, ce pourcentage a progressivement augmenté pour atteindre 3,91 % (IC à 95 %, 3,11 – 4,83) en décembre 2021, puis s'est intensifié pour se hisser à 58,69 % (IC à 95 %, 56,11 – 61,24) en août 2022.

À la figure 4 sont exposées les tendances hebdomadaires par région depuis décembre 2021 selon les résultats du dosage des anticorps anti-N par tranche d'âge. Les figures 5A à 5H démontrent les tendances temporelles de la séroprévalence selon les dosages des anticorps

anti-N et anti-S en fonction des variables sociodémographiques (ethnicité, âge, défavorisation matérielle et défavorisation sociale) de janvier 2021 à août 2022. Entre janvier 2021 et août 2022, les donneurs racisés présentaient des taux d'infection naturelle plus élevés que les donneurs blancs. D'autres variables sociodémographiques témoignent d'importantes différences d'un mois à l'autre, reflétant le déploiement de la vaccination au Canada. Des tendances claires se dégagent dans certains groupes dont la concentration d'anticorps anti-S ou anti-N est plus élevée. Les tableaux A 1.1 à A 1.6 font ressortir les résultats (selon les dosages de détection des anticorps anti-N et anti-S) par région dans certains groupes démographiques en août, tandis que les tableaux A 2.1 et A 2.2 dévoilent les résultats hebdomadaires selon les dosages des anticorps anti-N.

Conclusion

En août 2022, la séroprévalence corrigée mesurée au moyen du dosage des anticorps anti-S (indicateurs de l'immunité humorale) s'élève à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00). Bien que l'immunité humorale soit en grande partie déterminée par la vaccination, la proportion de la population immunisée par exposition naturelle (présentant une immunité hybride) a connu une forte augmentation depuis décembre, ce qui concorde avec la vague Omicron et ses variants subséquents.

Éléments d'interprétation

1. Les donneurs de sang forment un sous-groupe en bonne santé de la population canadienne adulte. Il convient toutefois de tenir compte de certains éléments importants à propos de leur représentativité :
 - Les donneurs de sang décident eux-mêmes de donner du sang; ceux qui choisissent de ne pas en donner pour une raison quelconque sont donc exclus de l'échantillon.
 - Le sang est recueilli auprès de donneurs de 17 ans ou plus, mais relativement peu de personnes âgées donnent du sang.
 - Les dons de sang sont recueillis dans les grandes villes et de nombreux petits centres urbains, mais les régions rurales peuvent être sous-représentées. De plus, la Société canadienne du sang ne fait aucune collecte de sang dans les territoires du Nord ni au Québec.
2. Les données sont pondérées en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence, pour refléter plus fidèlement la population canadienne. Par exemple, la séroprévalence non pondérée de l'infection par le SRAS-CoV-2 selon le dosage des anticorps anti-N s'élève à 57,64 % (IC à 95 %, 57,12 – 58,16) pour l'ensemble de l'échantillon. Après l'application des facteurs de pondération, elle se situe à 58,34 % (IC à 95 %, 57,82 – 58,85), puis après correction de la séroprévalence pondérée pour tenir compte de la spécificité et de la sensibilité, à 58,55 % (IC à 95 %, 50,15 – 51,26). Au moyen du dosage des anticorps anti-S, la séroprévalence non pondérée du SRAS-CoV-2 correspond à 99,28 % (IC à 95 %, 99,18 – 99,36) pour l'ensemble de l'échantillon. Après l'application des facteurs de pondération, elle

atteint 99,33 % (IC à 95 %, 99,24 – 99,41) puis après correction de la séroprévalence pondérée pour tenir compte de la sensibilité et de la spécificité, 100 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

3. Bien que les dosages de Roche possèdent une très bonne sensibilité et une très bonne spécificité, il se peut que certains résultats véritablement positifs soient omis, et que certains résultats faussement positifs soient pris en compte. Aucun test de confirmation n'est réalisé. Les taux de séroprévalence ont été ajustés à l'aide d'une formule mathématique reconnue afin de tenir compte de la sensibilité et de la spécificité des tests.
4. Les taux de séroprévalence obtenus par les tests reflètent les différents isotypes mesurés. L'essai Roche identifie les anticorps IgA, IgG et IgM tandis que le test Abbott mesure les IgG. La présence d'anticorps anti-N est vraisemblablement un marqueur d'infection naturelle, tandis que les anticorps anti-S peuvent être induits par une infection naturelle ou par la vaccination.
5. Les résultats de la séroprévalence reflètent la mesure de l'immunité humorale. Les mécanismes exacts de l'immunité protectrice contre le SRAS-CoV-2 demeurent inconnus. On ignore le degré de protection à des niveaux particuliers d'anticorps anti-spicule. Les résultats quantitatifs du dosage de détection des anticorps anti-S sont précieux pour éclairer les politiques concernant les doses de rappel, à mesure qu'évoluent les données scientifiques.
6. En septembre 2021, la dilution pour tenir compte des concentrations plus élevées (> 250 U/mL) est passée de 1:10 à 1:400. Il est ainsi possible de mesurer une concentration d'anticorps pouvant atteindre 100 000 U/mL au lieu de 2 500 U/mL. Il se peut que les valeurs se situant entre 160 et 320 U/mL soient plus approximatives, puisqu'elles se trouvent au seuil inférieur de la sensibilité du dosage.
7. Les signaux des anticorps anti-SRAS-CoV-2 s'atténuent au fil du temps.
8. Les anticorps anti-S reflètent la réponse humorale du SRAS-CoV-2. Beaucoup de résultats positifs selon l'essai de détection des anticorps anti-S sont liés à la vaccination, mais ils peuvent aussi être dus à une infection naturelle (avec ou sans anticorps anti-N). On présume que les donneurs présentant à la fois des anticorps anti-S et anti-N ont contracté une infection naturelle, mais ils peuvent avoir été vaccinés avant ou après l'infection.

En raison de divers facteurs biologiques, les donneurs peuvent présenter des réponses variables des anticorps à divers foyers de liaison du SRAS-CoV-2 (par exemple, le spicule, le domaine de liaison du récepteur du spicule, la protéine nucléocapsidique). En août, les deux profils d'anticorps positifs les plus courants étaient « positif pour l'essai anti-S et négatif pour l'essai anti-N » (41,8 %) et « positif pour l'essai anti-S et positif pour l'essai anti-N » (57,5 %). Voir ci-dessous.

Phénotypes diagnostiques en août 2022 (non corrigés)

	Anticorps anti-N	Anticorps anti-S	Total n (%)
	Négatifs	Négatifs	193 (0,50)
	Négatifs	Positifs	14 684 (41,8)
	Positifs	Négatifs	61 (0,2)
	Positifs	Positifs	20 180 (57,5)
Total			35 118

Avis de non-responsabilité : La Société canadienne du sang fournit le présent rapport tel quel. Elle ne fait aucune déclaration et n'offre aucune garantie, tant explicite qu'implicite, y compris à l'égard de l'exactitude, de la fiabilité ou de la validité de l'information qui s'y trouve ou de sa pertinence pour un usage particulier. L'utilisation du présent rapport ou de tout résultat de l'étude relève de la seule responsabilité de l'utilisateur. La Société canadienne du sang décline toute responsabilité à cet égard. Toute reproduction du présent rapport est interdite sans l'autorisation de la Société canadienne du sang.

Références

1. <https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/electsys-anti-sars-cov-2-s.html>
2. Whitaker HJ, Elgohari S, Rowe C, Otter AD, Brooks T, Linley E, et coll., Impact of COVID-19 vaccination program on seroprevalence in blood donors in England, 2021, *Journal of Infection* (2021), doi : <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.04.037>
3. Lang Z, Reiczigel J. Confidence limits for prevalence of disease adjusted for estimated sensitivity and specificity. *Preventive Veterinary Medicine*. vol. 113, 2014, pp. 13-2

Tableau 1. Comparaison de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 selon les résultats des dosages des anticorps antinucléocapsidiques (anti-N) et antispiculaires (anti-S), en fonction des variables sociodémographiques, en août 2022

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	16 065	9 255	57,34	56,62 – 58,07	16 064	15 979	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	19 056	10 989	59,82	59,08 – 60,56	19 054	18 885	100,00	100,00 – 100,00
Âge								
17-24	2 643	1 972	75,06	73,77 – 76,36	2 643	2 641	100,00	100,00 – 100,00
25-39	9 497	6 330	67,56	66,56 – 68,56	9 496	9 458	100,00	100,00 – 100,00
40-59	12 877	7 737	60,49	59,62 – 61,36	12 876	12 770	100,00	100,00 – 100,00
60+	10 104	4 205	41,06	40,08 – 42,03	10 103	9 995	100,00	100,00 – 100,00
Province								
Colombie-Britannique	6 104	3 513	59,15	57,92 – 60,38	6 102	6 062	100,00	100,00 – 100,00
Alberta	6 477	4 217	66,42	65,13 – 67,71	6 477	6 419	100,00	100,00 – 100,00
Saskatchewan	1 510	858	59,37	56,75 – 61,99	1 510	1 500	100,00	99,96 – 100,00
Manitoba	1 738	1 058	62,62	60,23 – 65,00	1 738	1 731	100,00	100,00 – 100,00
Ontario	15 962	8 799	56,04	55,30 – 56,78	15 961	15 839	100,00	100,00 – 100,00
Nouveau-Brunswick	1 060	594	57,22	54,13 – 60,31	1 060	1 052	100,00	99,64 – 100,00
Nouvelle-Écosse	1 518	756	50,86	48,04 – 53,67	1 518	1 510	100,00	100,00 – 100,00
Île-du-Prince-Édouard	271	148	54,79	47,62 – 61,96	271	271	100,00	98,76 – 100,00
Terre-Neuve	481	301	62,71	59,07 – 66,36	481	480	100,00	100,00 – 100,00
Région métropolitaine								
Vancouver	3 121	1 935	62,24	60,52 – 63,95	3 120	3 106	100,00	100,00 – 100,00
Calgary	2 463	1 674	68,24	66,39 – 70,10	2 463	2 447	100,00	100,00 – 100,00
Edmonton	1 993	1 183	59,57	57,40 – 61,75	1 993	1 977	100,00	100,00 – 100,00
Ottawa	1 859	960	51,80	49,52 – 54,09	1 859	1 856	100,00	100,00 – 100,00
Toronto	5 167	3 034	58,93	57,58 – 60,28	5 166	5 137	100,00	100,00 – 100,00
Winnipeg	1 168	672	57,74	54,88 – 60,59	1 168	1 167	100,00	100,00 – 100,00

Rapport sur la séroprévalence de la
COVID-19

Ethnicité^{1,2}								
Blanche	26 853	15 020	56,63	56,02 – 57,23	26 851	26 657	100,00	100,00 – 100,00
Autochtone	444	285	64,68	60,34 – 69,03	444	442	100,00	99,11 – 100,00
Asiatique	1 812	1 102	61,13	58,99 – 63,27	1 811	1 804	100,00	100,00 – 100,00
Autres groupes racisés	3 811	2 629	70,96	69,55 – 72,37	3 811	3 784	100,00	100,00 – 100,00
Défavorisation sociale³								
1 (moins défavorisés)	6 599	3 966	60,99	59,83 – 62,16	6 599	6 552	100,00	100,00 – 100,00
2	6 469	3 700	58,20	57,00 – 59,40	6 468	6 419	100,00	100,00 – 100,00
3	6 190	3 500	57,47	56,23 – 58,72	6 188	6 143	100,00	100,00 – 100,00
4	5 757	3 210	57,17	55,88 – 58,46	5 757	5 713	100,00	100,00 – 100,00
5 (plus défavorisés)	5 868	3 317	56,90	55,60 – 58,20	5 868	5 824	100,00	100,00 – 100,00
Défavorisation matérielle³								
1 (moins défavorisés)	9 197	5 217	56,94	55,89 – 57,99	9 196	9 153	100,00	100,00 – 100,00
2	7 733	4 419	58,09	56,97 – 59,21	7 733	7 683	100,00	100,00 – 100,00
3	6 287	3 556	57,70	56,48 – 58,93	6 286	6 230	100,00	100,00 – 100,00
4	4 865	2 813	59,05	57,70 – 60,40	4 864	4 820	100,00	100,00 – 100,00
5 (plus défavorisés)	2 801	1 688	61,96	60,25 – 63,67	2 801	2 765	100,00	99,72 – 100,00
Total	35 121	20 244	58,55	58,03 – 59,07	35 118	34 864	100,00	100,00 – 100,00

¹ Au total, 2 201 donneurs (6,3 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 54,88 % (IC à 95 %, 52,79 – 56,97), et par le dosage des anticorps anti-S, à 100,00 % (IC à 95 %, 99,60 – 100,00).

² En regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 67,48 % (IC à 95 %, 66,34 – 68,62), et par le dosage des anticorps anti-S, 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

³ Les codes postaux de 4 238 donneurs (12,1 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 60,80 % (IC à 95 %, 59,31 – 62,29), et par le dosage des anticorps anti-S, à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

Tableau 2. Évolution de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 selon **le dosage des anticorps antinucléocapsidiques (ou anti-N; indicateurs de l'infection naturelle)** entre juillet et août 2022, en fonction des variables sociodémographiques

	Juillet 2022 (Bruts)		Juillet 2022 (Ajustés)		Août 2022 (Bruts)		Août 2022 (Ajustés)		Valeur p*
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	
Sexe									
Femmes	13 225	7 011	52,77	52,00 – 53,55	16 065	9 255	57,34	56,62 – 58,07	< 0,0001
Hommes	18 050	9 598	55,31	54,52 – 56,11	19 056	10 989	59,82	59,08 – 60,56	< 0,0001
Âge									
17-24	2 189	1 545	71,15	69,71 – 72,59	2 643	1 972	75,06	73,77 – 76,36	0,0001
25-39	8 287	5 186	63,40	62,31 – 64,49	9 497	6 330	67,56	66,56 – 68,56	< 0,0001
40-59	11 754	6 428	54,63	53,69 – 55,57	12 877	7 737	60,49	59,62 – 61,36	< 0,0001
60+	9 045	3 450	37,57	36,56 – 38,59	10 104	4 205	41,06	40,08 – 42,03	< 0,0001
Province									
Colombie-Britannique	4 670	2 523	55,19	53,87 – 56,52	6 104	3 513	59,15	57,92 – 60,38	< 0,0001
Alberta	5 637	3 426	62,32	60,91 – 63,73	6 477	4 217	66,42	65,13 – 67,71	< 0,0001
Saskatchewan	1 392	758	57,09	54,28 – 59,90	1 510	858	59,37	56,75 – 61,99	0,2442
Manitoba	1 564	868	56,95	54,33 – 59,56	1 738	1 058	62,62	60,23 – 65,00	0,0017
Ontario	14 936	7 596	51,68	50,89 – 52,46	15 962	8 799	56,04	55,30 – 56,78	< 0,0001
Nouveau-Brunswick	856	412	49,60	46,27 – 52,93	1 060	594	57,22	54,13 – 60,31	0,0010
Nouvelle-Écosse	1 504	663	43,73	40,77 – 46,70	1 518	756	50,86	48,04 – 53,67	0,0007
Île-du-Prince-Édouard	304	147	48,95	41,28 – 56,62	271	148	54,79	47,62 – 61,96	0,2762
Terre-Neuve	412	216	54,29	50,30 – 58,28	481	301	62,71	59,07 – 66,36	0,0023
Région métropolitaine									
Vancouver	2 501	1 448	58,34	56,60 – 60,08	3 121	1 935	62,33	60,75 – 63,92	0,0009
Calgary	2 178	1 357	63,64	61,17 – 66,10	2 463	1 674	69,36	67,12 – 71,60	0,0008
Edmonton	1 781	1 025	58,26	55,91 – 60,60	1 993	1 183	60,35	58,04 – 62,66	0,2134

Rapport sur la séroprévalence de la
COVID-19

Ottawa	1 472	644	44,13	41,12 – 47,13	1 859	960	51,62	48,79 – 54,45	0,0004
Toronto	4 819	2 629	54,37	53,16 – 55,57	5 167	3 034	58,91	57,79 – 60,04	< 0,0001
Winnipeg	1 016	542	54,42	51,05 – 57,78	1 168	672	58,64	55,46 – 61,82	0,0741
Ethnicité^{1,2}									
Blanche	23 718	12 207	52,01	51,37 – 52,66	26 853	15 020	56,63	56,02 – 57,23	< 0,0001
Autochtone	427	249	61,06	56,46 – 65,65	444	285	64,68	60,34 – 69,03	0,2607
Asiatique	1 650	875	52,98	50,69 – 55,27	1 812	1 102	61,13	58,99 – 63,27	< 0,0001
Autres groupes racisés	3 472	2 249	67,11	65,57 – 68,64	3 811	2 629	70,96	69,55 – 72,37	0,0003
Défavorisation sociale³									
1 (moins défavorisés)	5 910	3 246	55,61	54,34 – 56,89	6 599	3 966	60,99	59,83 – 62,16	< 0,0001
2	5 819	3 060	53,99	52,70 – 55,29	6 469	3 700	58,2	57,00 – 59,40	< 0,0001
3	5 433	2 811	52,98	51,65 – 54,31	6 190	3 500	57,47	56,23 – 58,72	< 0,0001
4	5 068	2 706	54,52	53,14 – 55,90	5 757	3 210	57,17	55,88 – 58,46	0,0060
5 (plus défavorisés)	5 315	2 700	50,99	49,64 – 52,34	5 868	3 317	56,9	55,60 – 58,20	< 0,0001
Défavorisation matérielle³									
1 (moins défavorisés)	7 944	4 170	53,34	52,22 – 54,45	9 197	5 217	56,94	55,89 – 57,99	< 0,0001
2	6 779	3 656	54,65	53,45 – 55,86	7 733	4 419	58,09	56,97 – 59,21	< 0,0001
3	5 798	2 976	51,93	50,63 – 53,23	6 287	3 556	57,7	56,48 – 58,93	< 0,0001
4	4 454	2 271	52,37	50,92 – 53,83	4 865	2 813	59,05	57,70 – 60,40	< 0,0001
5 (plus défavorisés)	2 570	1 450	57,88	56,02 – 59,73	2 801	1 688	61,96	60,25 – 63,67	0,0015
Total	31 275	16 609	54,01	53,45 – 54,56	35 121	20 244	58,55	58,03 – 59,07	< 0,0001

*La valeur P reflète la différence entre les résultats de juillet et ceux d'août.

¹ En juillet, 2 008 donneurs (6,4 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 52,59 % (IC à 95 %, 50,40 – 54,79). En août, 2 201 donneurs (6,3 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 54,88 % (IC à 95 %, 52,79 – 56,97), et par le dosage des anticorps anti-S, à 100,00 % (IC à 95 %, 99,60 – 100,00).

² En juillet, en regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 62,27 % (IC à 95 %, 61,03 – 63,51). En août, en regroupant tous les groupes racisés, la séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 mesurée par le dosage des anticorps anti-N atteignait 67,48 % (IC à 95 %, 66,34 – 68,62), et par le dosage des anticorps anti-S, 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

³ En juillet, les codes postaux de 3 730 donneurs (11,9 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 56,65 % (IC à 95 %, 55,04 – 58,26). En août, les codes postaux de 4 238 donneurs (12,1 %) n'étaient pas précisés. La séroprévalence corrigée mesurée par le dosage des anticorps anti-N se situait à 60,80 % (IC à 95 %, 59,31 – 62,29), et par le dosage des anticorps anti-S, à 100,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

Tableau 3. Incidence mensuelle du SRAS-CoV-2 chez les donneurs ayant obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S entre juin 2021 et août 2022

Mois	Nbre total de donneurs testés	Donneurs réguliers	Résultat préalable positif aux anticorps anti-S seulement	Résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N		
				N	%	IC à 95 %
Juin	16 884	4 452	929	2	0,22	0,03 – 0,78
Juill.	8 457	2 853	1 054	5	0,47	0,15 – 1,10
Août	9 109	5 400	2 719	8	0,29	0,13 – 0,58
Sept.	9 363	5 728	2 915	3	0,10	0,02 – 0,30
Oct.	9 627	5 898	3 313	12	0,36	0,19 – 0,63
Nov.	9 018	5 290	3 318	20	0,60	0,37 – 0,93
Déc.	16 817	5 560	3 241	24	0,74	0,48 – 1,10
Janv.	32 505	11 296	6 973	362	5,19	4,68 – 5,74
Févr.	28 616	10 200	7 065	1 099	15,56	14,72 – 16,42
Mars	26 056	10 650	7 753	1 359	17,53	16,69 – 18,39
Avr.	29 786	14 128	10 365	2 279	21,99	21,19 – 22,80
Mai	31 764	15 665	11 344	3 519	31,02	30,17 – 31,88
Juin	32 121	16 134	11 075	3 565	32,19	31,32 – 33,07
Juill.	31 275	17 142	11 264	3 578	31,76	30,91 – 32,63
Août	35 118	18 392	11 393	4 105	36,03	35,15 – 36,92

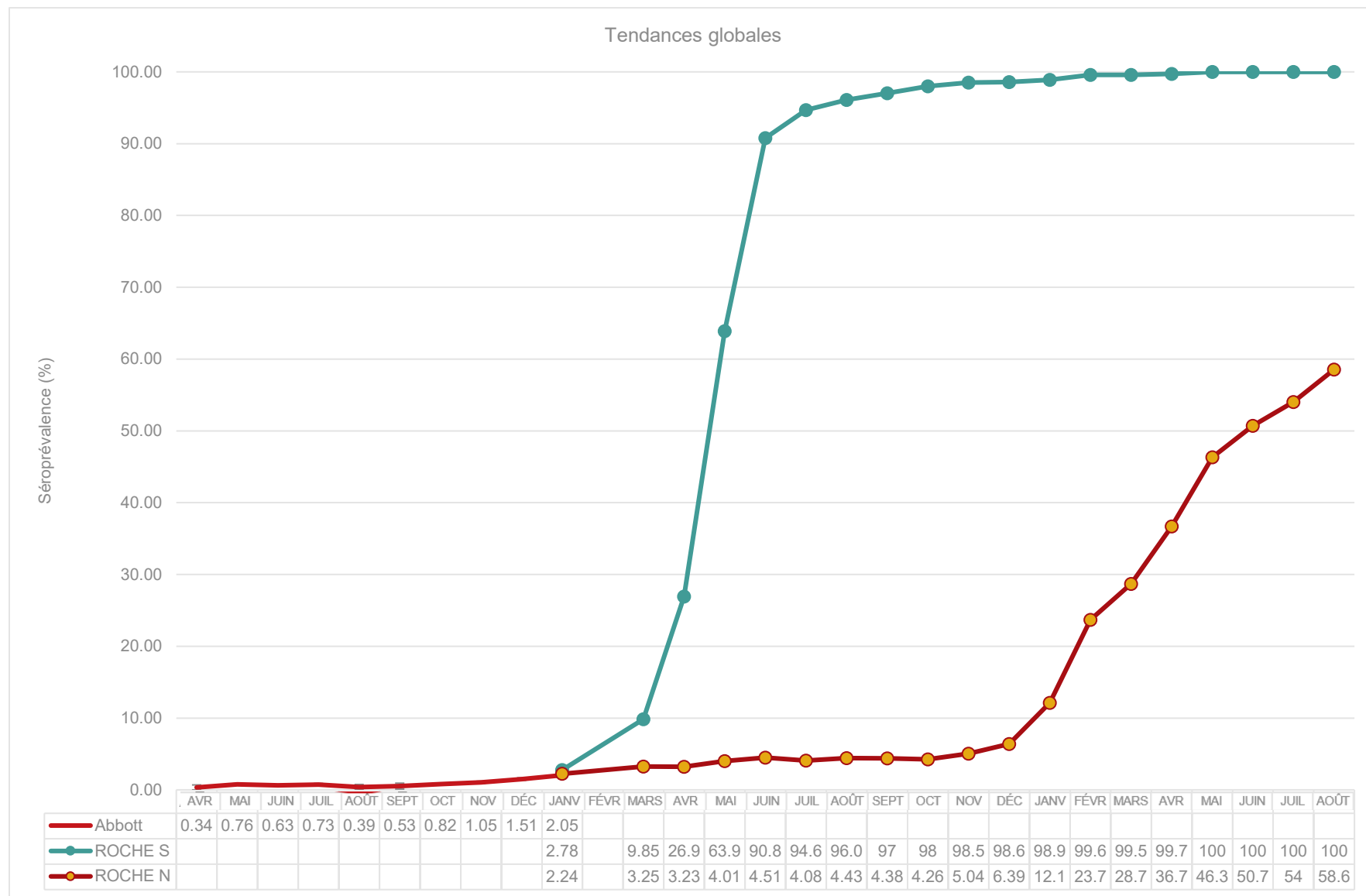
Remarque : Un don est considéré comme une infection fortuite potentielle si les donneurs ont obtenu un résultat positif aux anticorps anti-S et négatif aux anticorps anti-N lors de leur don précédent, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors du don suivant.

Tableau 4. Incidence mensuelle du SRAS-CoV-2 chez les donneurs ayant obtenu un résultat négatif aux anticorps anti-S entre juin 2021 et août 2022

Mois	Nbre total de donneurs testés	Donneurs réguliers	Résultat préalable négatif aux anticorps anti-S et anti-N	Résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N		
				N	%	IC à 95 %
Juin	16 884	4 452	3 409	52	1,53	1,14 – 2,00
Juill.	8 457	2 853	1 697	24	1,41	0,91 – 2,10
Août	9 109	5 400	2 487	29	1,17	0,78 – 1,67
Sept.	9 363	5 728	2 628	53	2,02	1,51 – 2,63
Oct.	9 627	5 898	2 385	61	2,56	1,96 – 3,27
Nov.	9 018	5 290	1 754	56	3,19	2,42 – 4,13
Déc.	16 817	5 560	2 073	81	3,91	3,11 – 4,83
Janv.	32 505	11 296	3 924	358	9,12	8,24 – 10,07
Févr.	28 616	10 200	2 666	632	23,71	22,10 – 25,37
Mars	26 056	10 650	2 138	630	29,47	27,54 – 31,45
Avr.	29 786	14 128	2 143	797	37,19	35,14 – 39,28
Mai	31 764	15 665	1 907	893	46,83	44,57 – 49,10
Juin	32 121	16 134	1 784	934	52,35	50,01 – 54,69
Juill.	31 275	17 142	1 446	762	52,70	50,09 – 55,30
Août	35 118	18 392	1 450	851	58,69	56,11 – 61,24

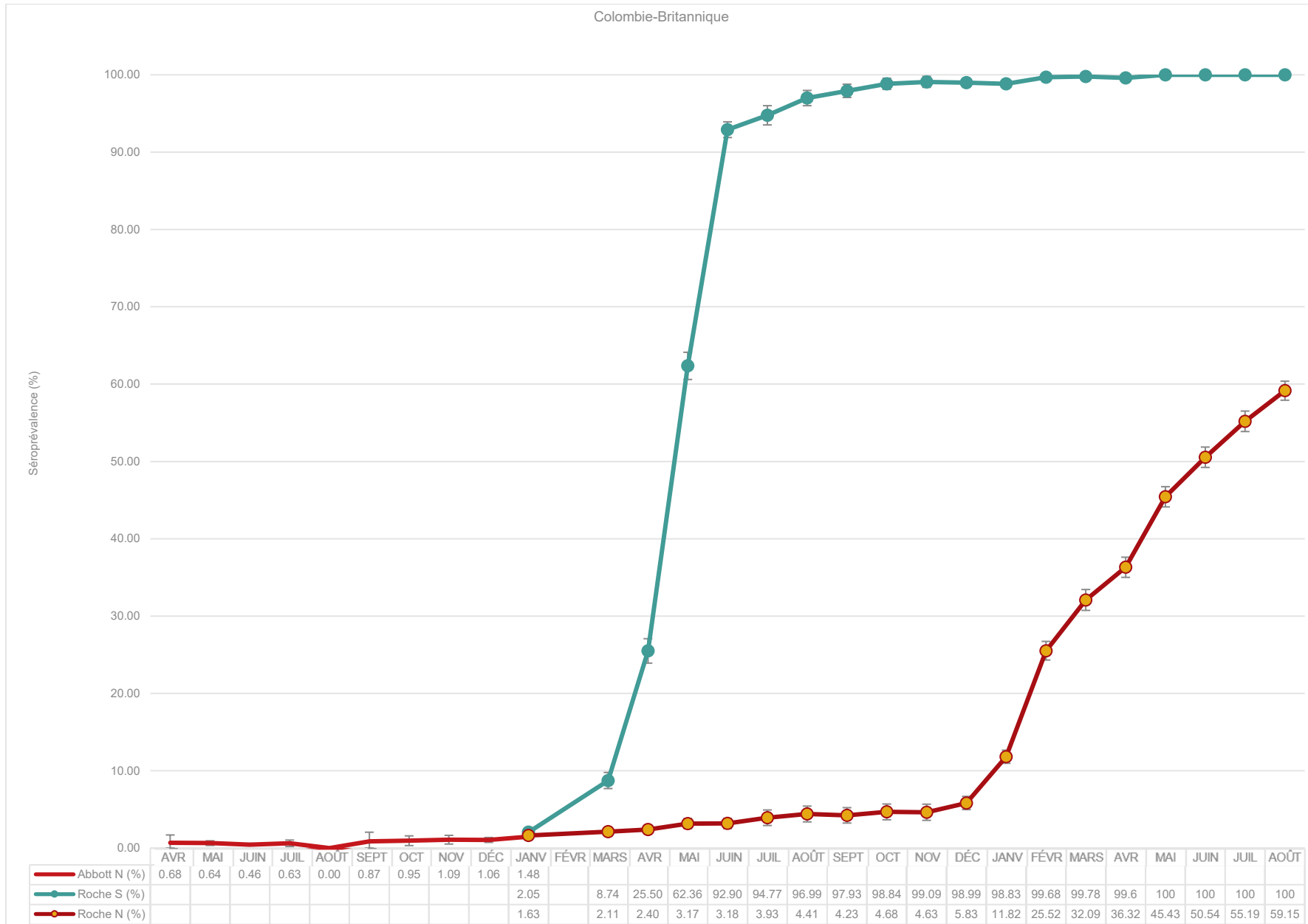
Remarque : Un don est considéré comme une infection fortuite potentielle si les donneurs ont obtenu un résultat négatif aux anticorps anti-S et anti-N lors de leur don précédent, puis un résultat positif aux anticorps anti-S et anti-N lors du don suivant.

Figure 1. Tendances temporelles globales mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre avril 2020 et août 2022 (en comparant les résultats des dosages anti-N d'Abbott jusqu'en janvier 2021, puis des évaluations de la séroprévalence à l'aide des résultats des dosages anti-N et anti-S de Roche)



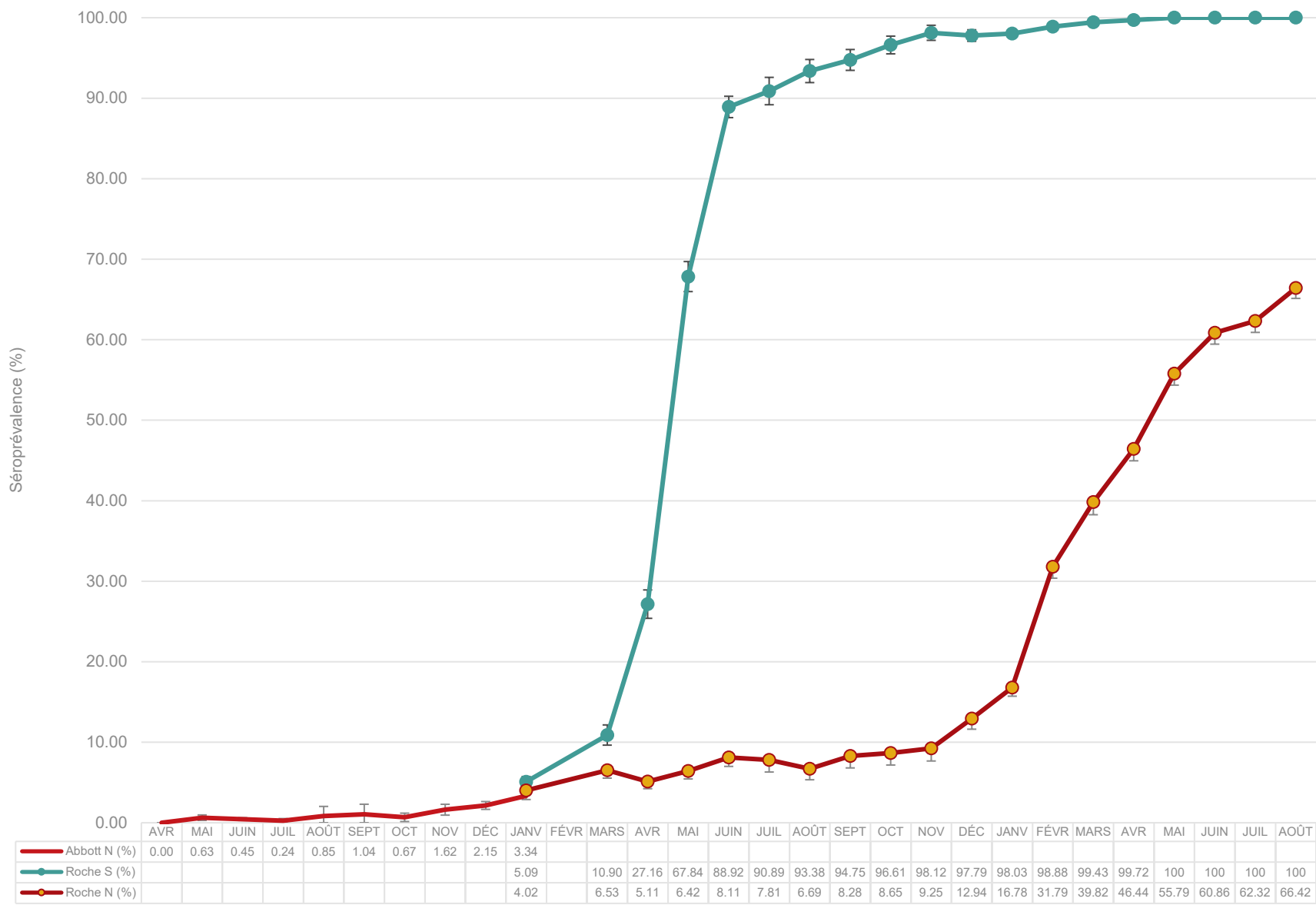
Remarques : La séroprévalence du SRAS-CoV-2 (IC à 95 %) est pondérée et corrigée pour tenir compte des caractéristiques des dosages. Les données de l'étude financée par les IRSC (Correlates of Immunity), réalisée entre le 9 avril 2020 et le 31 janvier 2021, sont incluses dans les résultats.

Figure 2. Tendances temporelles régionales mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre avril 2020 et août 2022 (en fonction des dosages anti-N d'Abbott, puis des dosages anti-N et anti-S de Roche)



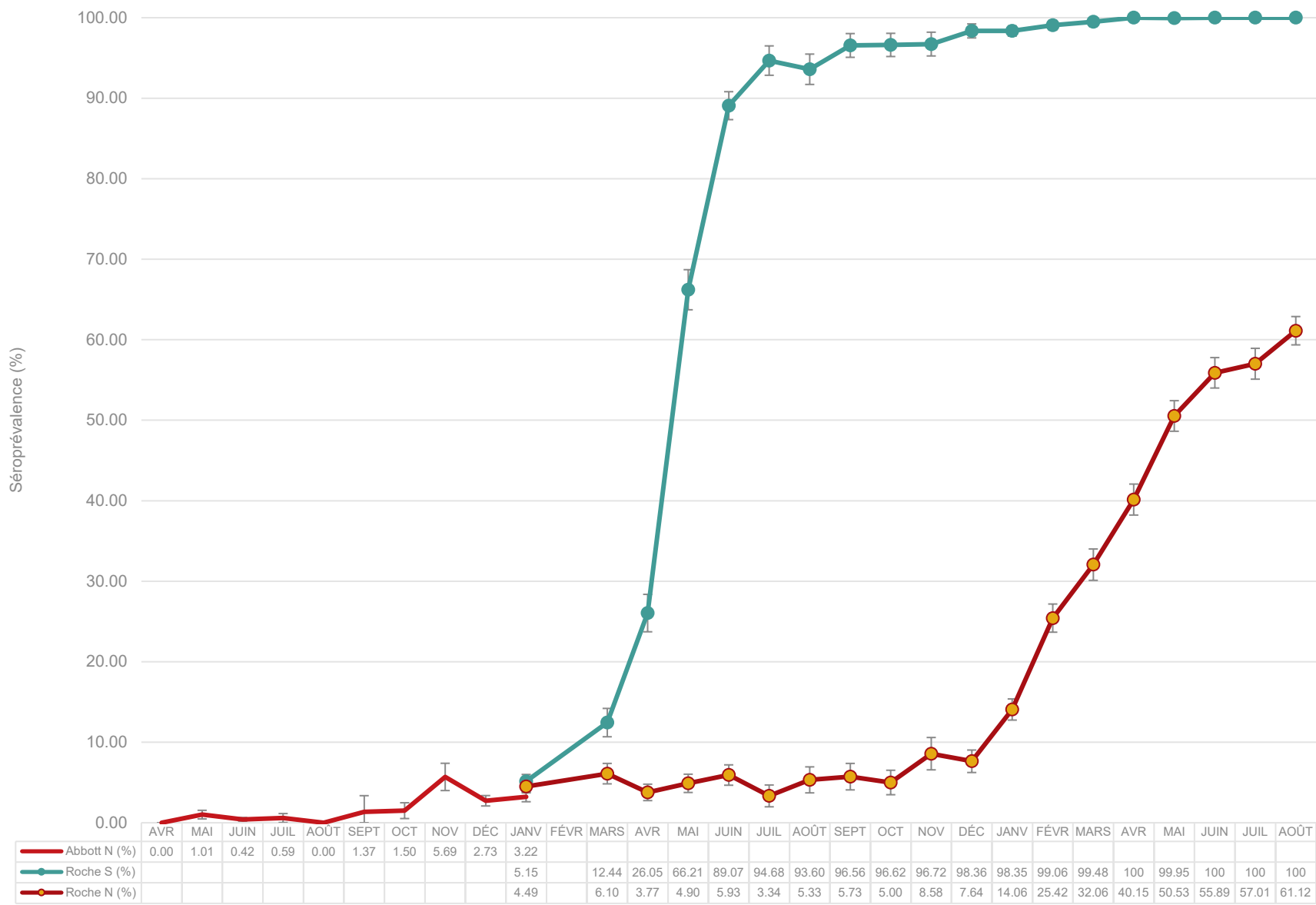
Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Alberta



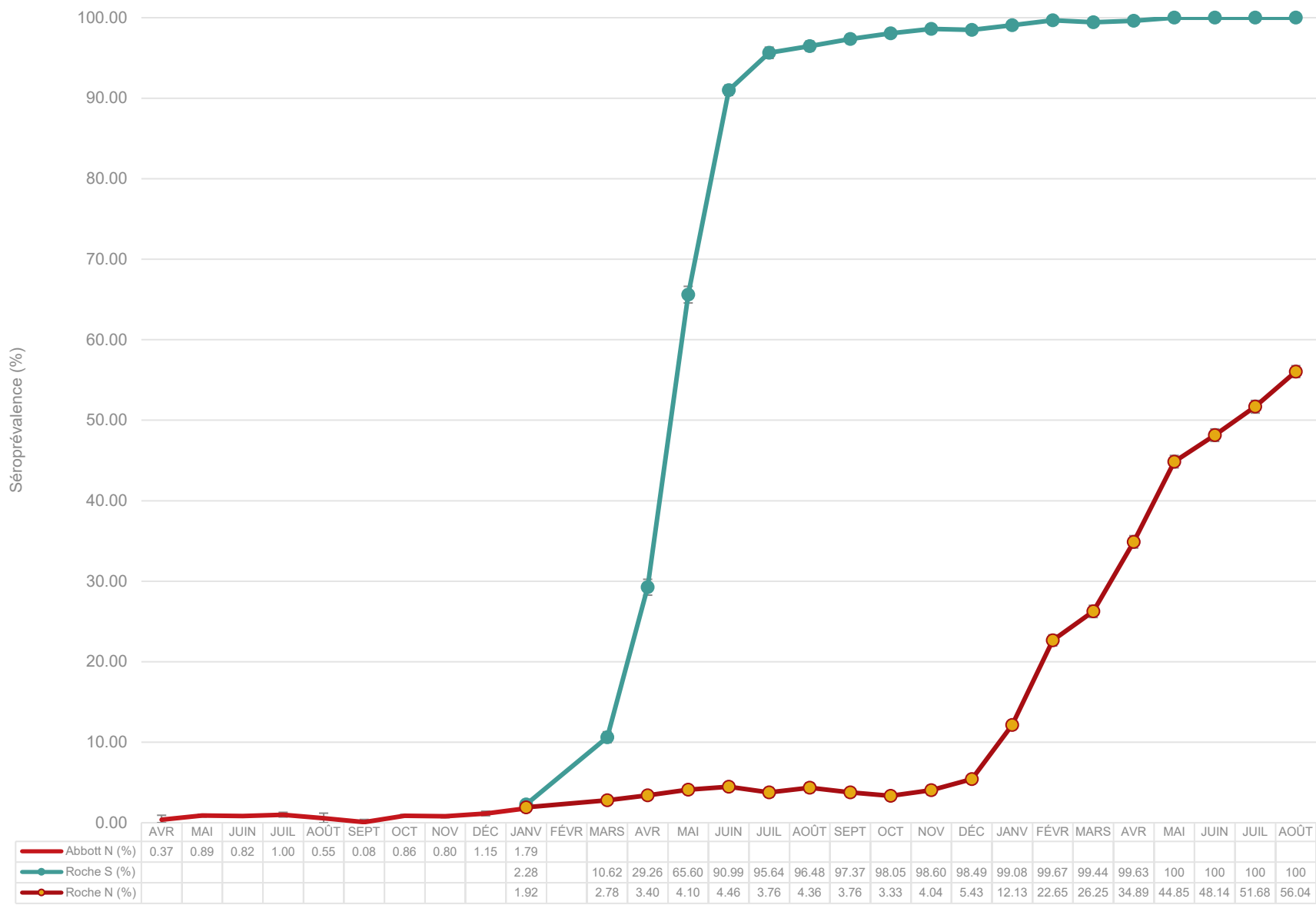
Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Prairies



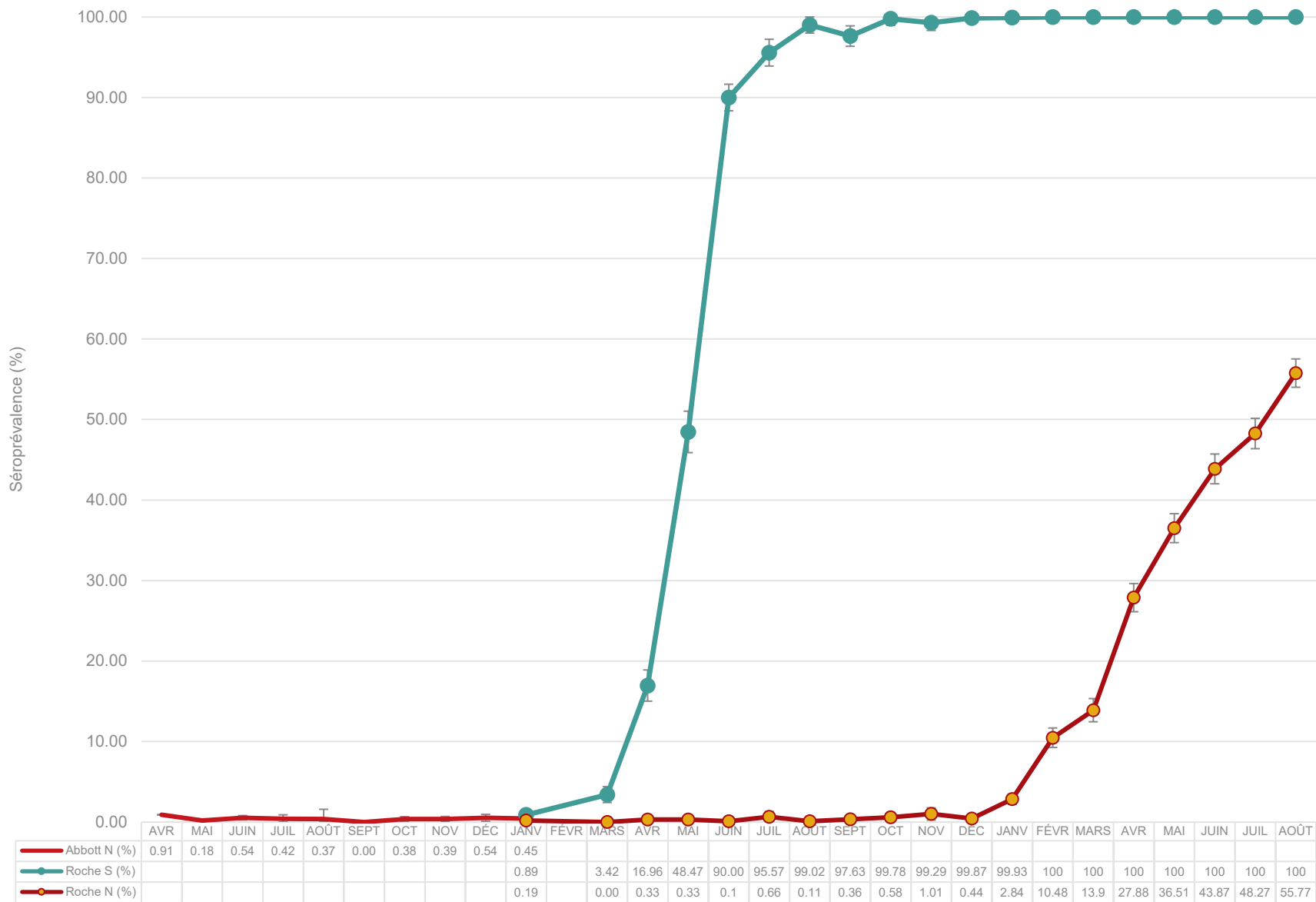
Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Ontario



Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19

Atlantique



Remarque : La séroprévalence du SRAS-CoV-2 (IC à 95 %) est pondérée et corrigée pour tenir compte des caractéristiques des dosages. Les données de l'étude financée par les IRSC (Correlates of Immunity), réalisée entre le 9 avril 2020 et le 31 janvier 2021, sont incluses dans les résultats.

Figure 3. Répartition des résultats des concentrations d'anticorps antispiculaires (anti-S) transformées en logarithmes (U/mL) (le cercle gris représente la valeur médiane et la barre représente l'écart interquartile) des dons séropositifs aux anticorps anti-S entre septembre 2021 et août 2022, stratifiés par tranche d'âge

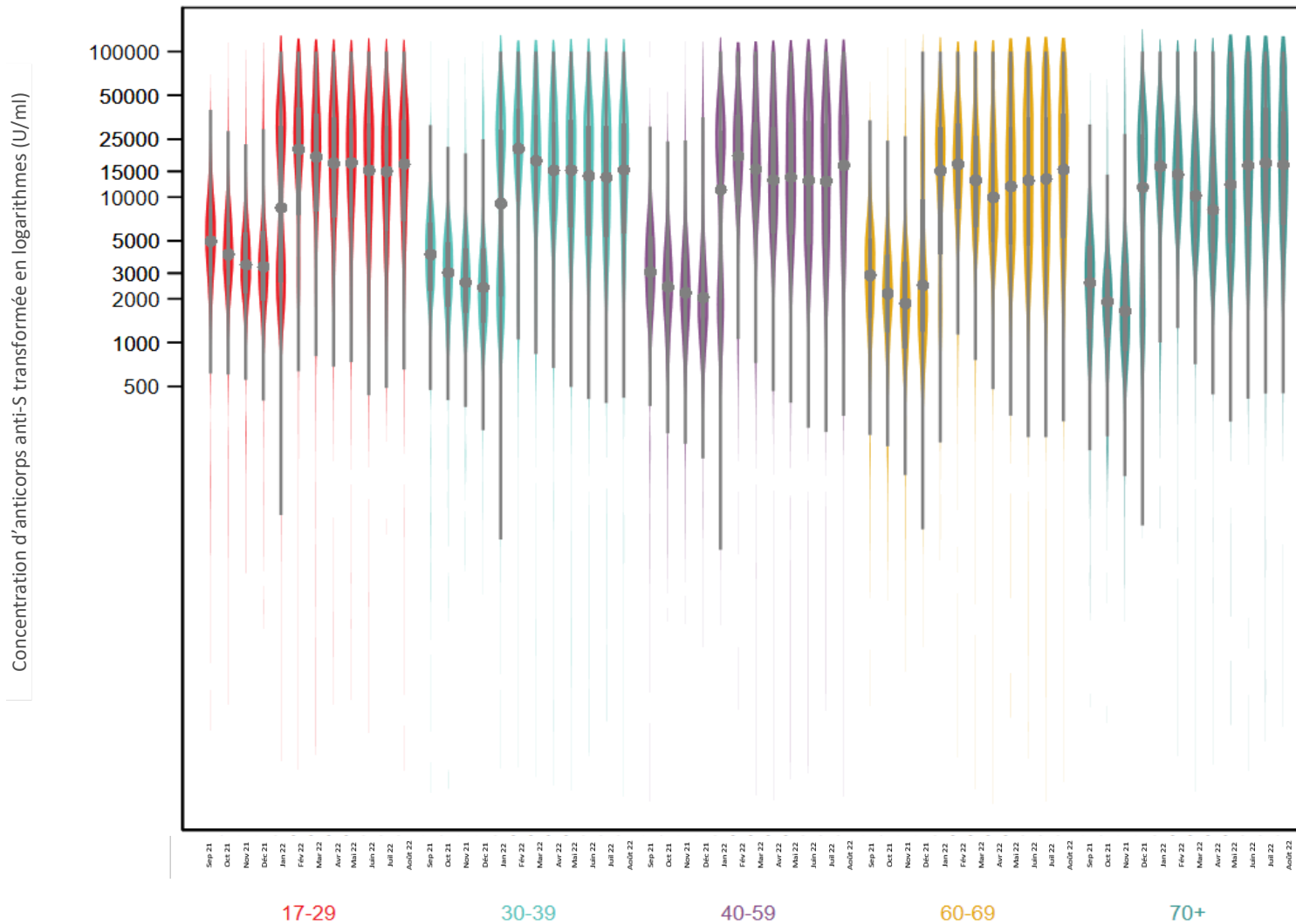
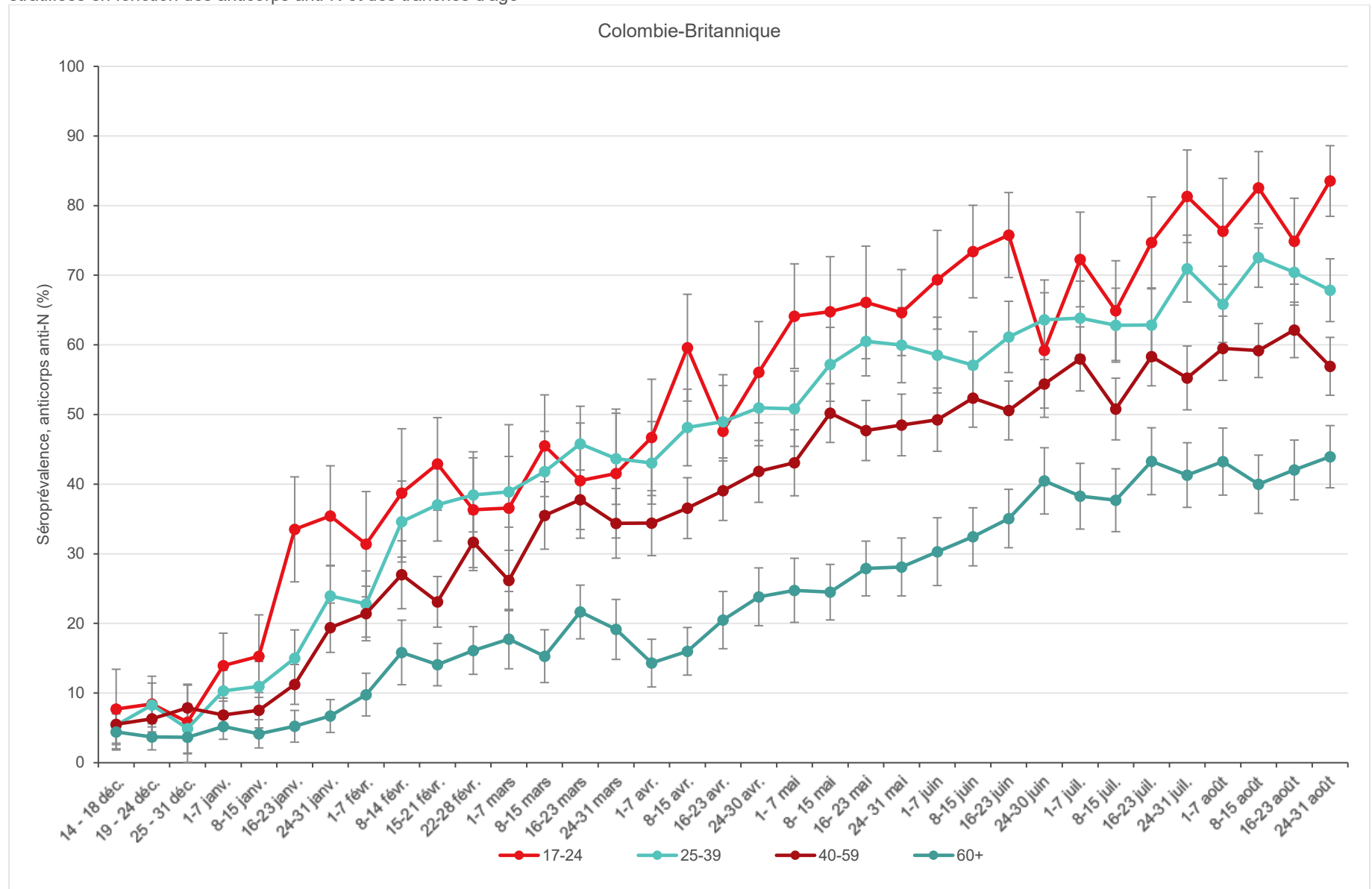
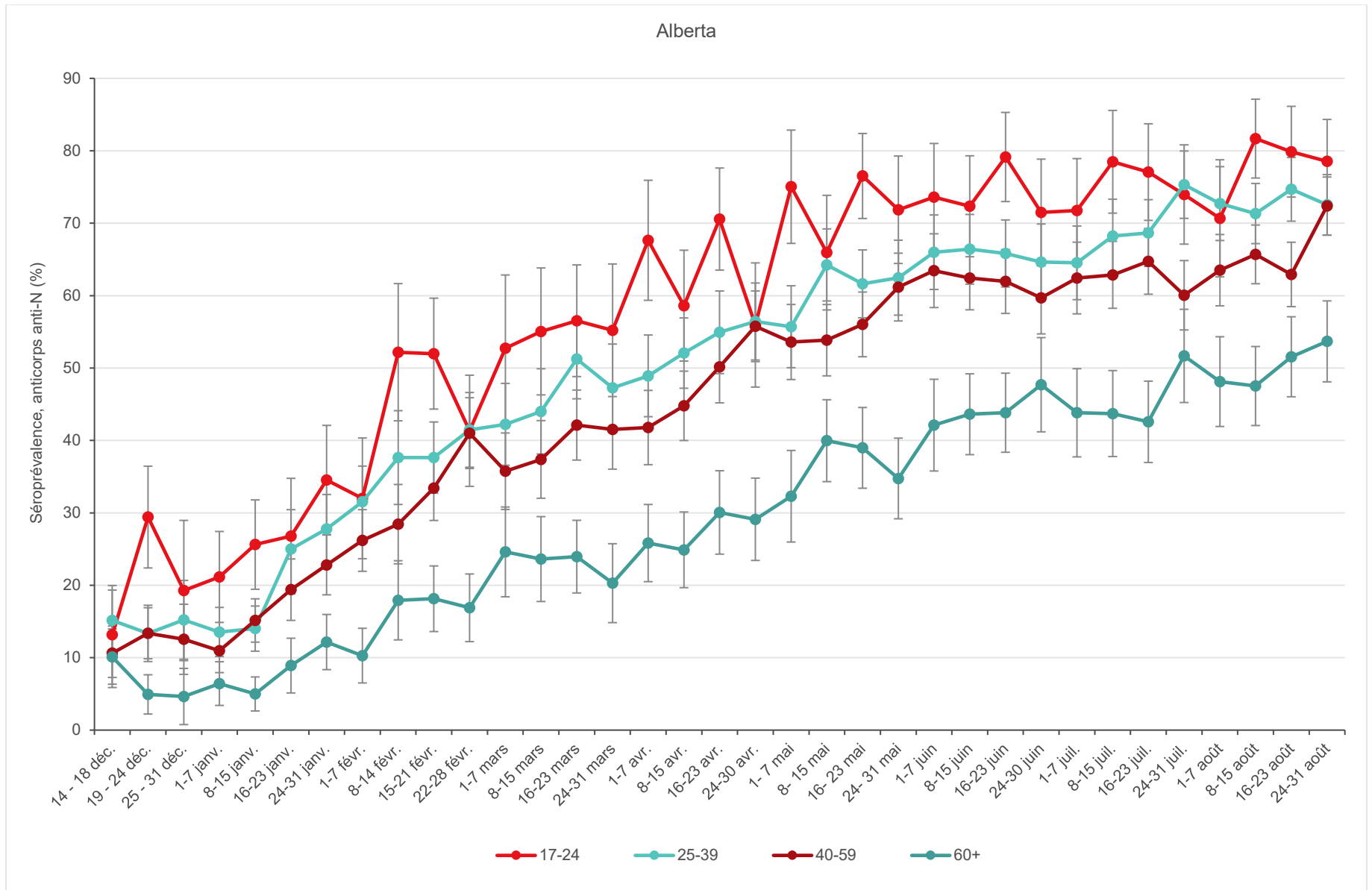


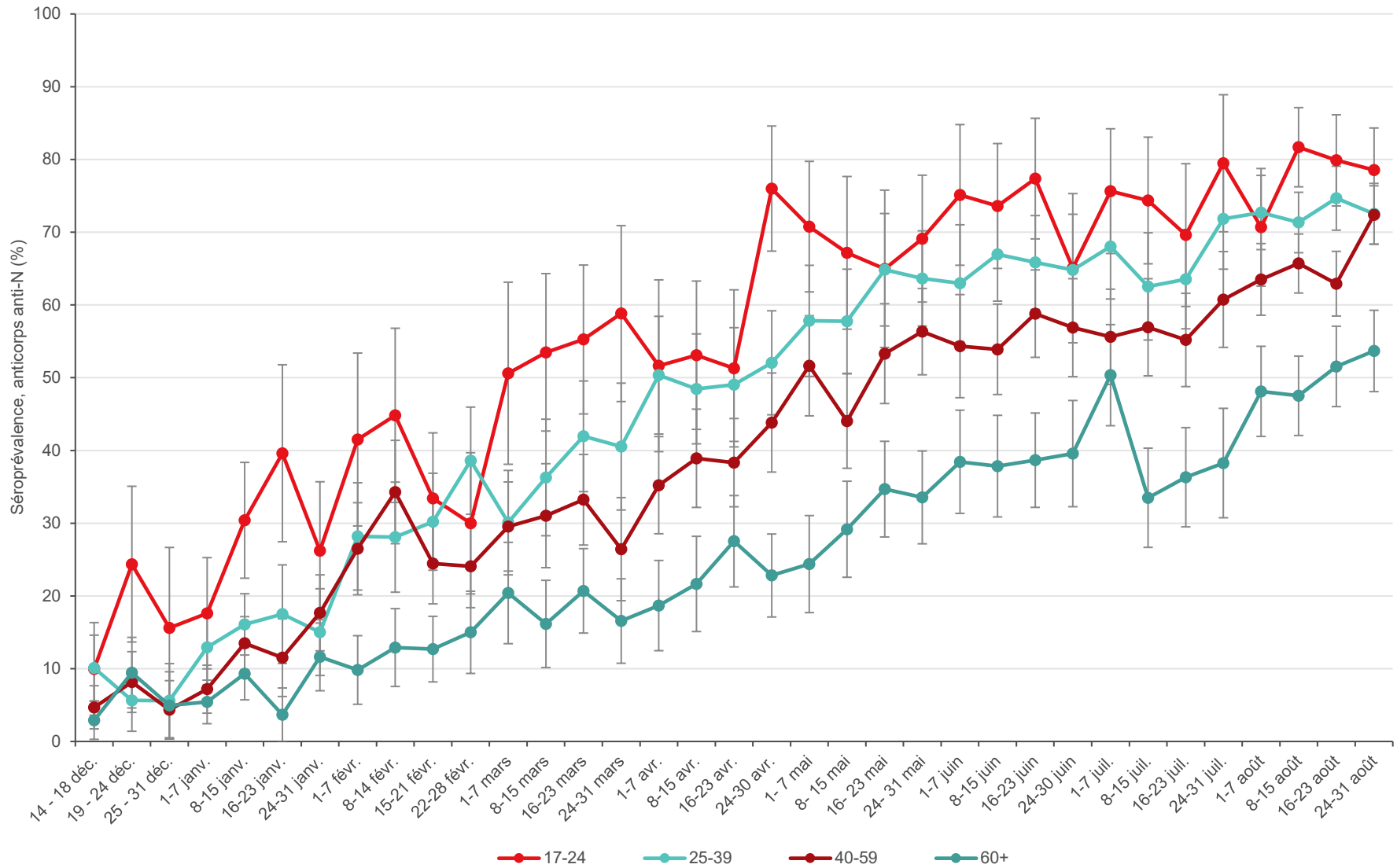
Figure 4. Tendances temporelles régionales hebdomadaires de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 (indicateurs de l'infection) entre décembre 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et des tranches d'âge



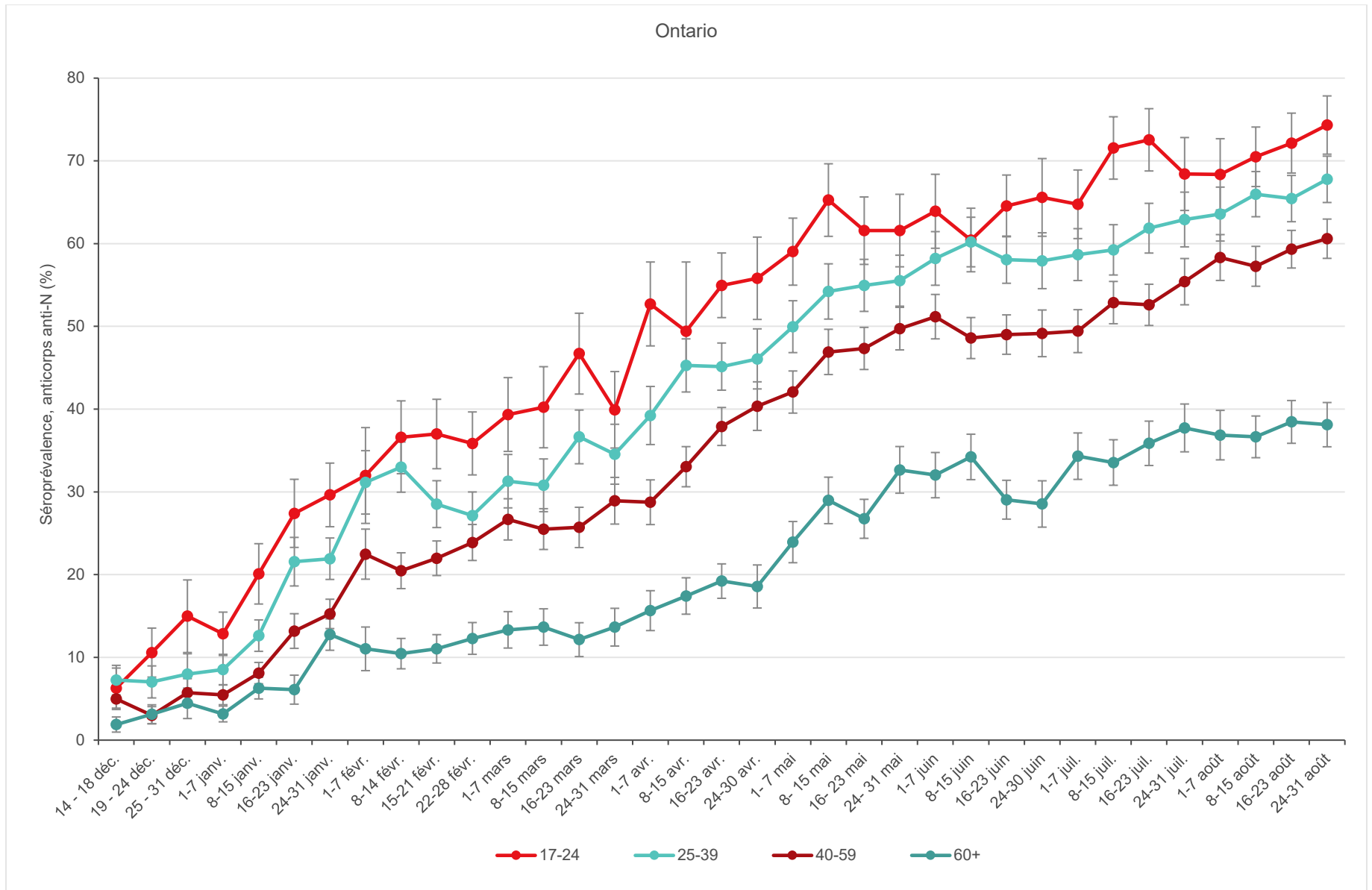
Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19



Prairies



Rapport sur la séroprévalence de la COVID-19



Atlantique

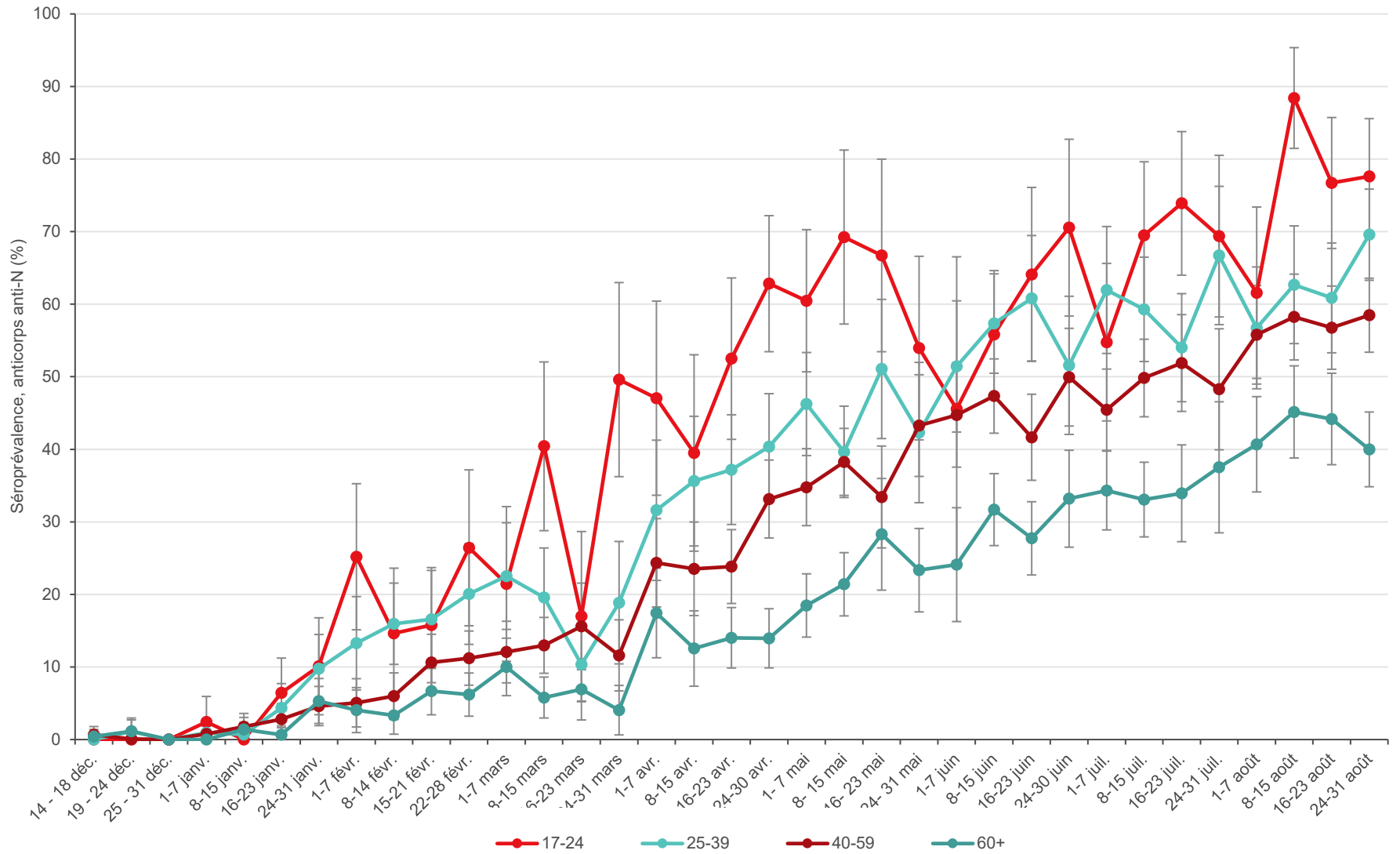


Figure 5A. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de l'ethnicité

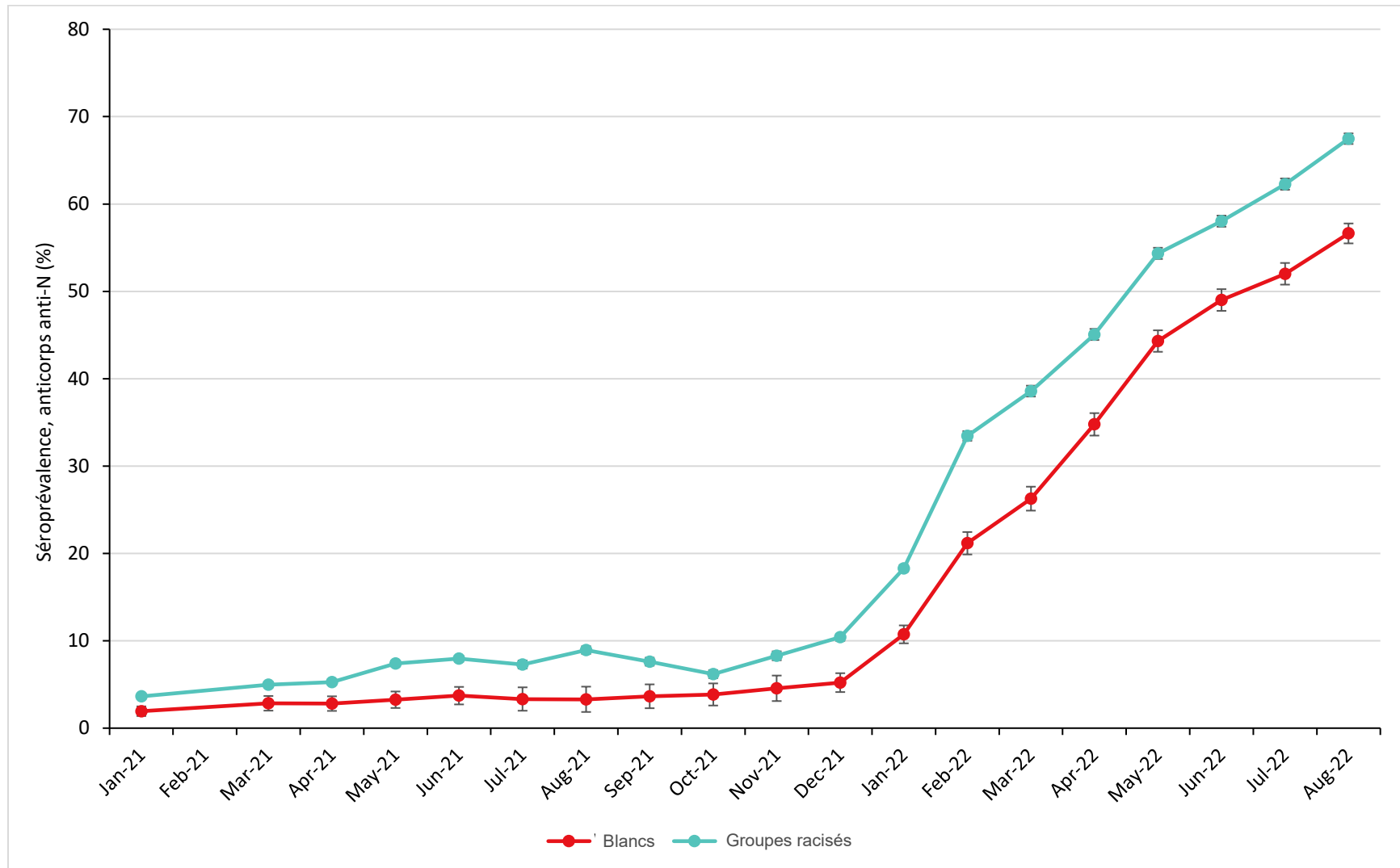


Figure 5B. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de l'ethnicité

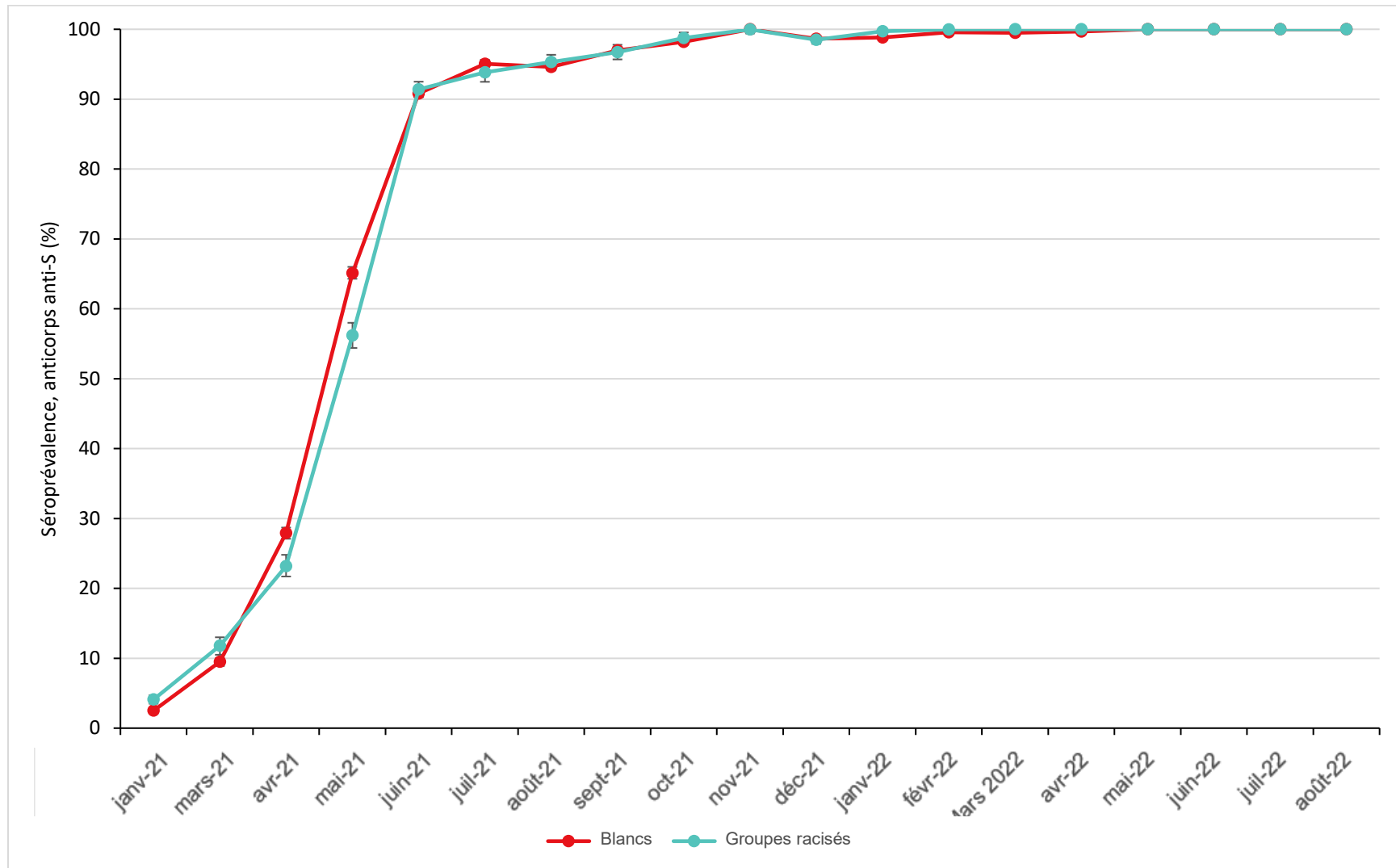


Figure 5C. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et des tranches d'âge

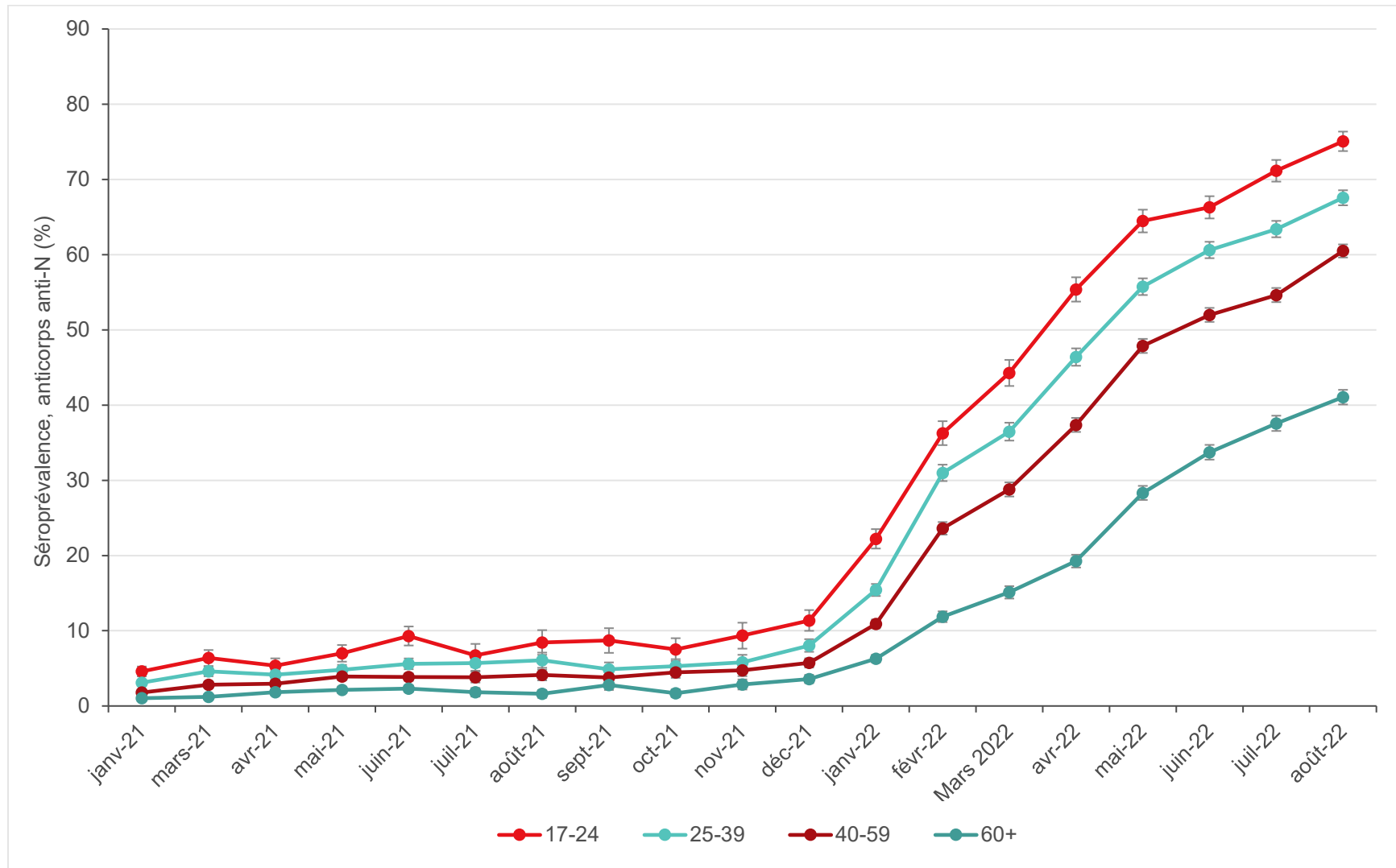


Figure 5D. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et des tranches d'âge

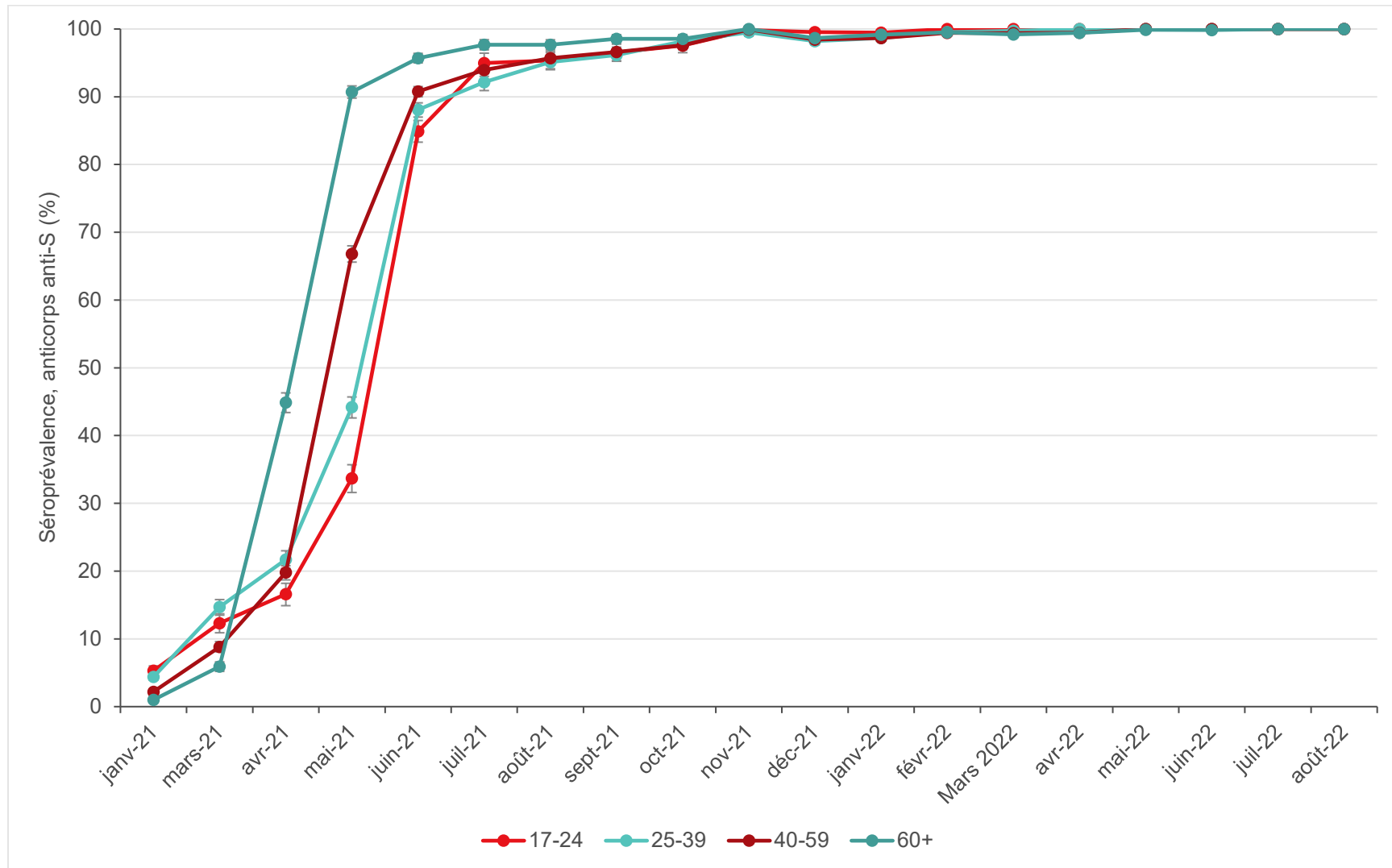


Figure 5E. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de la défavorisation matérielle (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

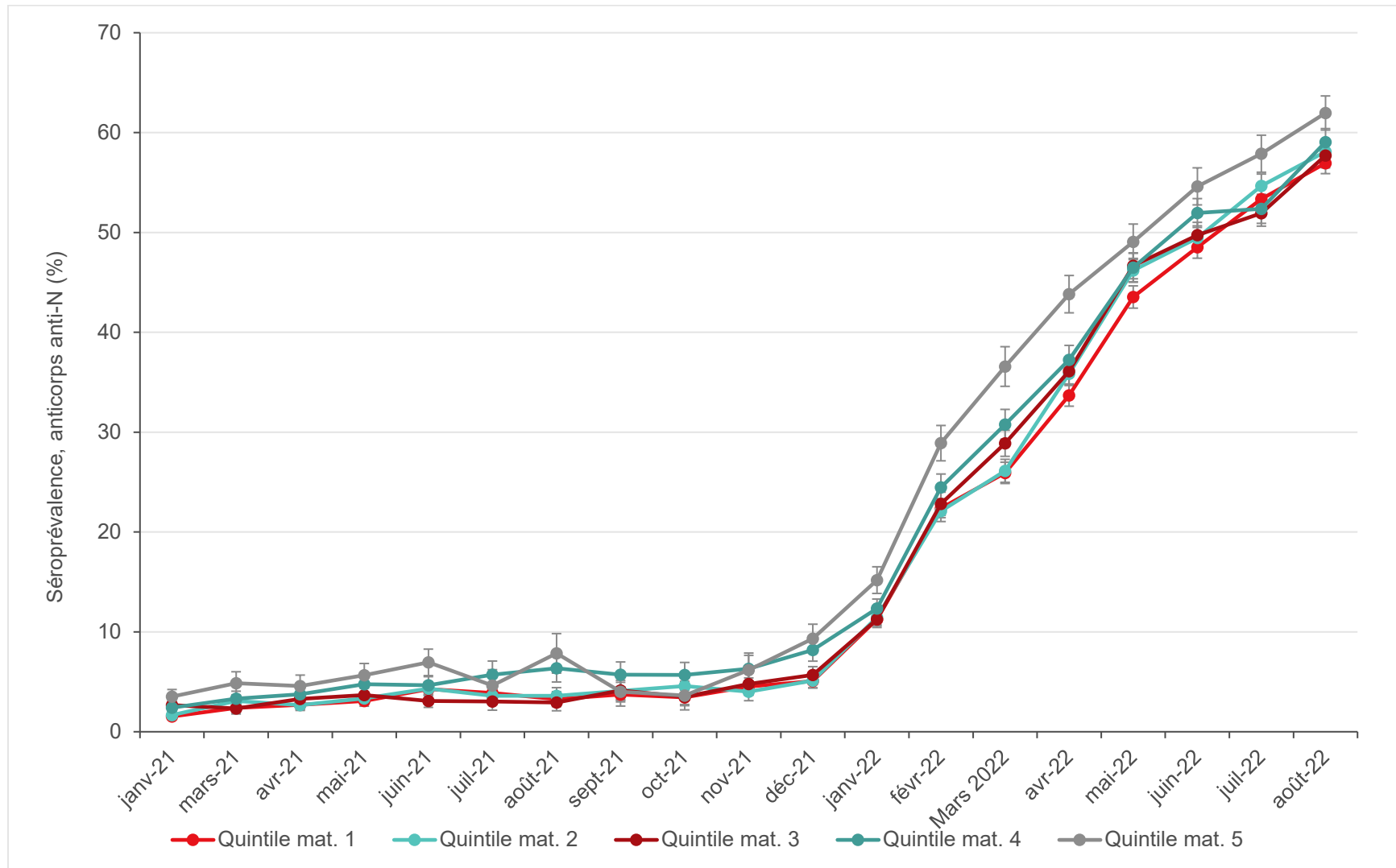


Figure 5F. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de la défavorisation matérielle (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

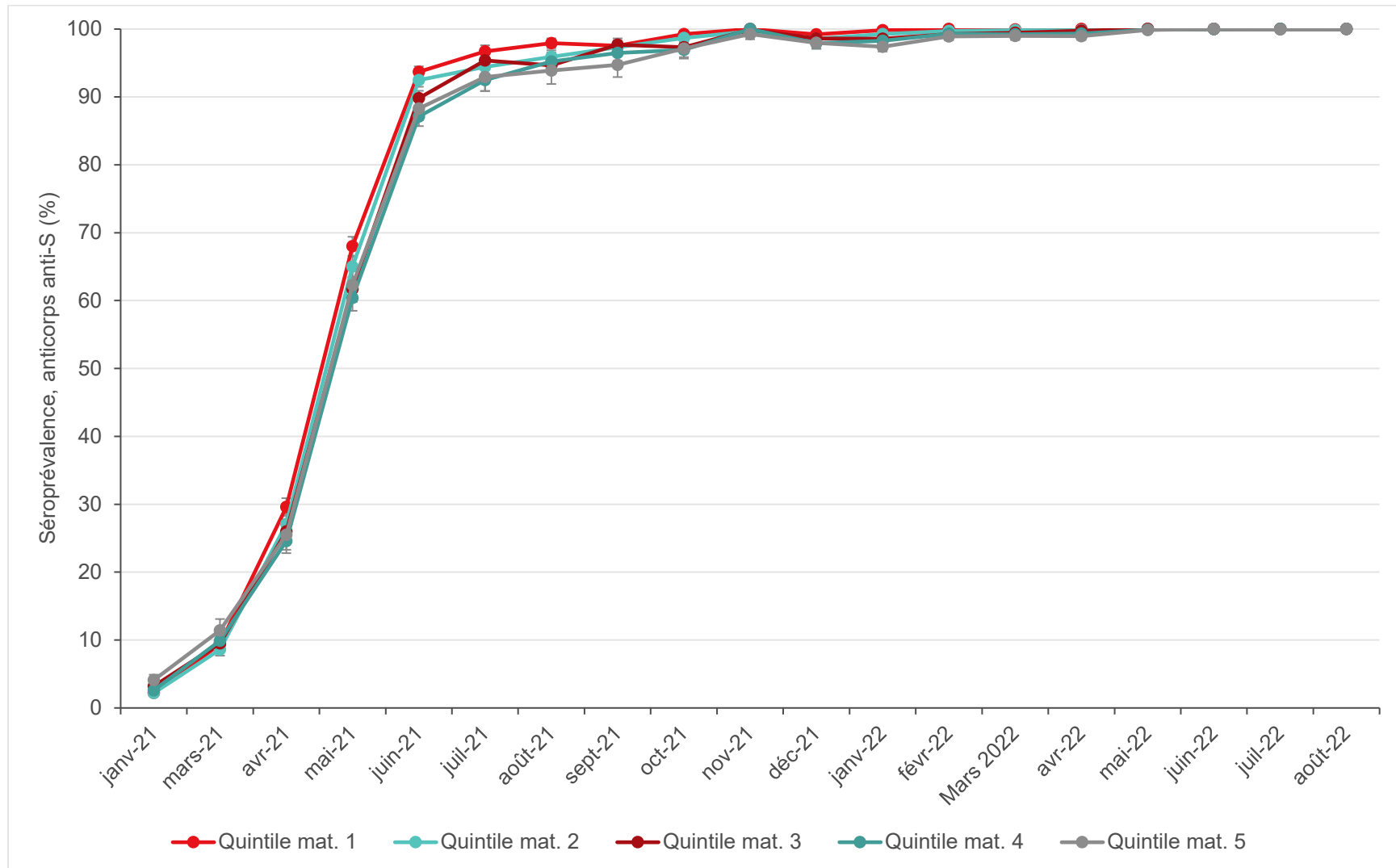


Figure 5G. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-N et de la défavorisation sociale (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

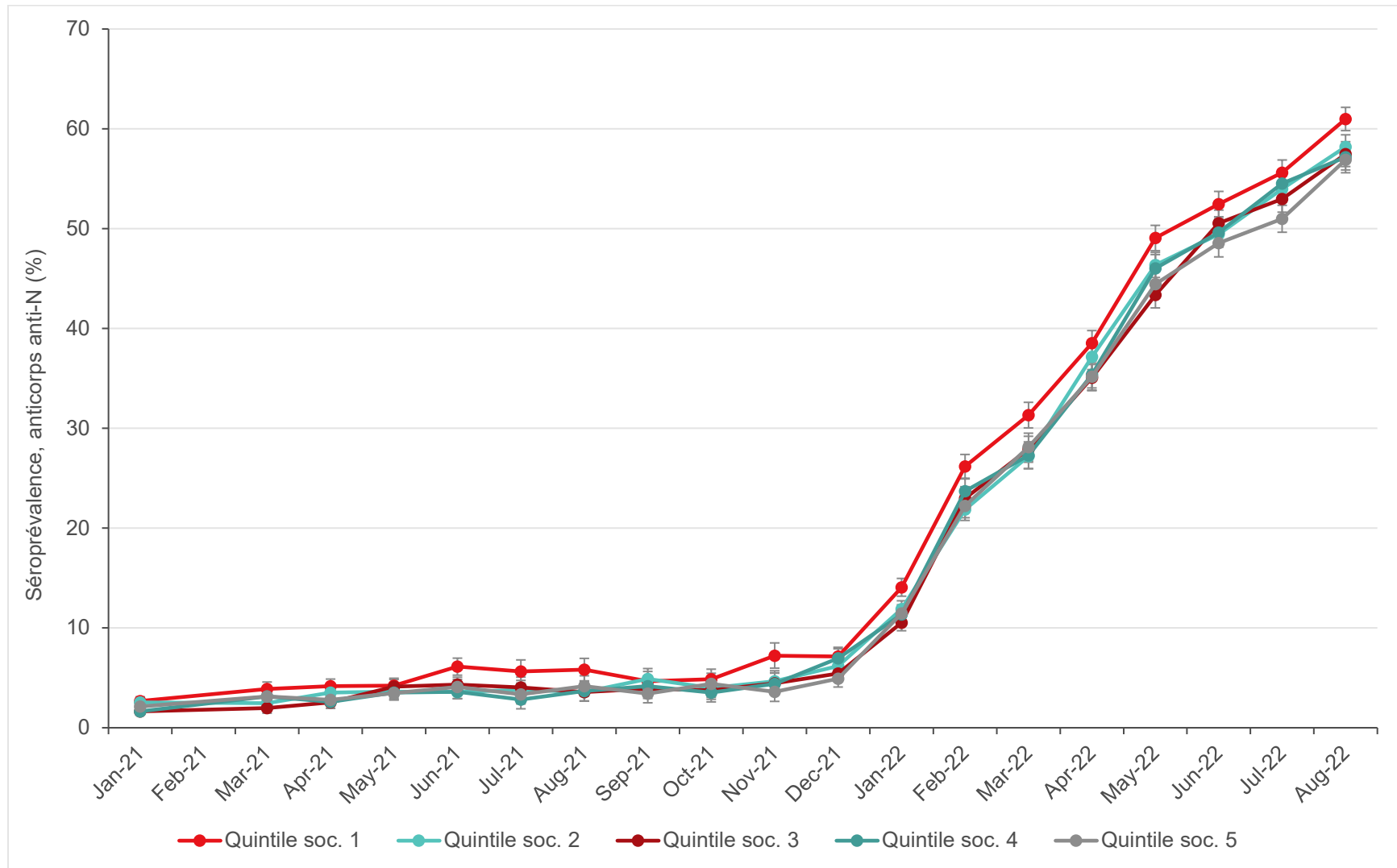


Figure 5H. Tendances temporelles mensuelles de la séroprévalence du SRAS-CoV-2 entre janvier 2021 et août 2022, stratifiées en fonction des anticorps anti-S et de la défavorisation sociale (1 = moins défavorisés et 5 = plus défavorisés)

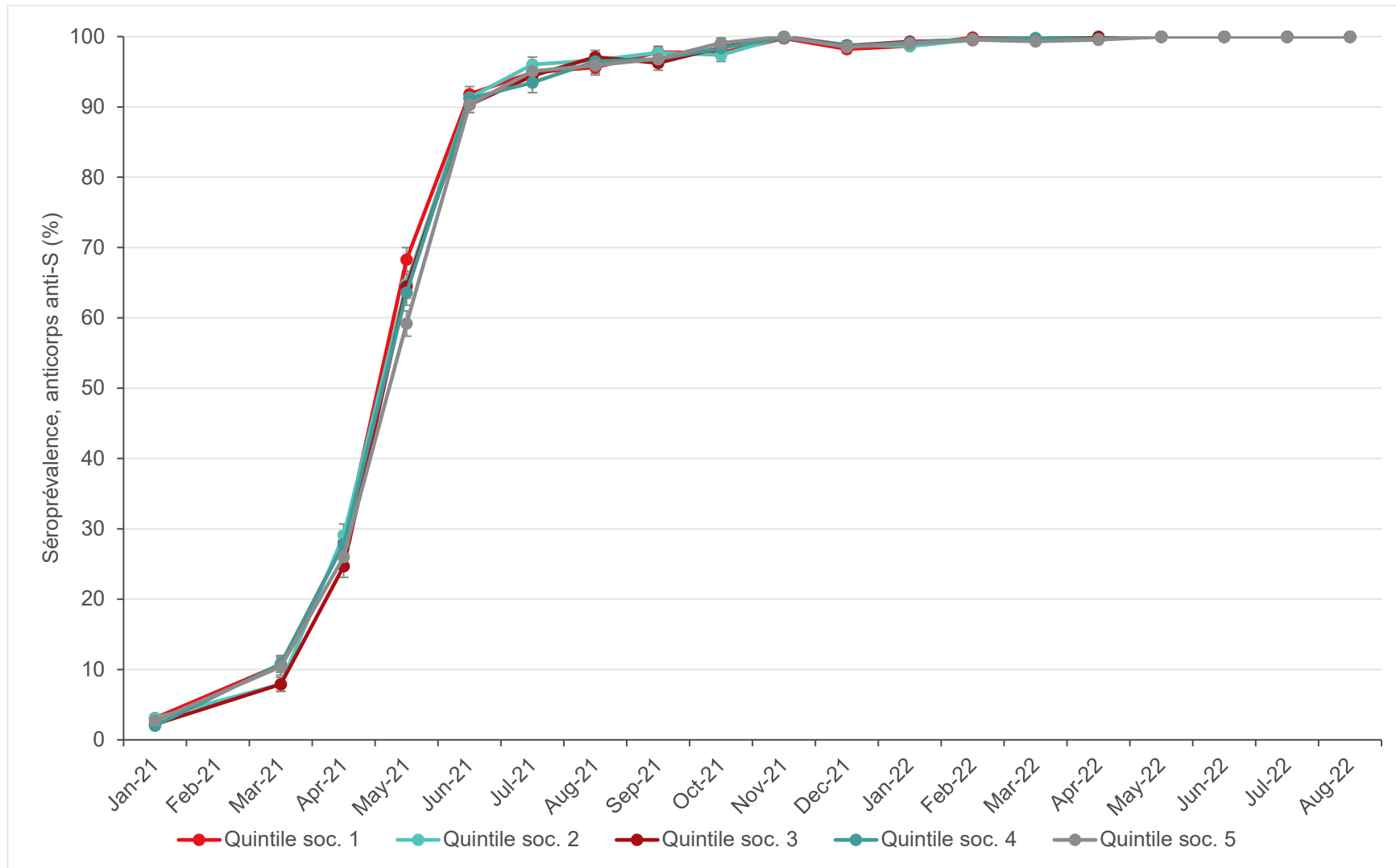


Tableau A1.1 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Colombie-Britannique en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	2 832	1 622	57,98	56,26 – 59,70	2 831	2 812	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	3 272	1 891	60,39	58,64 – 62,15	3 271	3 250	100,00	100,00 – 100,00
Âge								
17-24	393	307	79,88	76,92 – 82,84	393	393	100,00	100,00 – 100,00
25-39	1 694	1 160	69,63	67,26 – 72,00	1 693	1 687	100,00	100,00 – 100,00
40-59	2 100	1 248	59,71	57,62 – 61,80	2 099	2 085	100,00	99,99 – 100,00
60+	1 917	798	42,46	40,22 – 44,70	1 917	1 897	100,00	99,54 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	1 555	880	56,92	54,45 – 59,38	1 555	1 552	100,00	100,00 – 100,00
2	1 516	870	58,79	56,28 – 61,30	1 516	1 507	100,00	99,89 – 100,00
3	1 121	623	57,44	54,56 – 60,32	1 120	1 108	99,94	99,29 – 100,00
4	803	464	59,70	56,35 – 63,05	802	796	100,00	99,74 – 100,00
5 (plus défavorisés)	427	268	65,90	61,65 – 70,14	427	421	99,72	98,63 – 100,00
Total	6 104	3 513	59,15	57,92 – 60,38	6 102	6 062	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 682 donateurs (11,2 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 408 des 682 donateurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 62,42 % (IC à 95 %, 58,79 – 66,05) et les résultats de 678 des 682 donateurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 100,00 % (IC à 95 %, 99,67 – 100,00).

Tableau A1.2 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Alberta en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	2 889	1 886	65,84	64,00 – 67,67	2 889	2 876	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	3 588	2 331	67,01	65,18 – 68,83	3 588	3 543	99,96	99,53 – 100,00
Âge								
17-24	566	441	77,98	74,80 – 81,16	566	566	100,00	100,00 – 100,00
25-39	1 793	1 303	72,99	70,76 – 75,22	1 793	1 787	100,00	100,00 – 100,00
40-59	2 386	1 589	66,90	64,71 – 69,08	2 386	2 357	99,92	99,40 – 100,00
60+	1 732	884	50,48	47,60 – 53,35	1 732	1 709	99,93	99,28 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	2 438	1 554	64,72	62,51 – 66,94	2 438	2 416	100,00	99,90 – 100,00
2	1 302	855	67,58	64,73 – 70,44	1 302	1 291	100,00	99,37 – 100,00
3	877	592	69,71	66,41 – 73,01	877	872	100,00	99,84 – 100,00
4	560	376	69,42	65,45 – 73,39	560	554	99,67	98,61 – 100,00
5 (plus défavorisés)	263	168	64,98	58,68 – 71,29	263	256	98,81	96,79 – 100,00
Total	6 477	4 217	66,42	65,13 – 67,71	6 477	6 419	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 1 037 donneurs (16,0 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 672 des 1 037 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 64,17 % (IC à 95 %, 60,90 – 67,43) et les résultats de 1 030 des 1 037 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 100 % (IC à 95 %, 99,70 – 100,00).

Tableau A1.3 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Saskatchewan en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	698	409	59,66	55,99 – 63,33	698	693	100,00	99,42 – 100,00
Hommes	812	449	59,07	55,34 – 62,80	812	807	100,00	99,74 – 100,00
Âge								
17-24	104	82	80,09	74,13 – 86,04	104	104	100,00	98,62 – 100,00
25-39	398	246	63,35	58,36 – 68,34	398	398	100,00	99,93 – 100,00
40-59	557	338	61,54	57,00 – 66,07	557	551	99,61	98,44 – 100,00
60+	451	192	43,44	38,44 – 48,43	451	447	99,81	98,63 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	473	257	56,56	51,62 – 61,50	473	472	100,00	99,77 – 100,00
2	333	192	59,62	54,15 – 65,09	333	331	100,00	98,88 – 100,00
3	224	121	55,61	48,71 – 62,52	224	221	99,27	97,37 – 100,00
4	169	108	66,40	59,21 – 73,60	169	166	99,25	97,13 – 100,00
5 (plus défavorisés)	66	38	63,12	51,50 – 74,75	66	66	98,47	94,64 – 100,00
Total	1 510	858	59,37	56,75 – 61,99	1 510	1 500	100,00	99,96 – 100,00

¹ Les codes postaux de 245 donneurs (16,2 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 142 des 245 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 60,86 % (IC à 95 %, 54,51 – 67,22) et les résultats de 244 des 245 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 99,90 % (IC à 95 %, 98,43 – 100,00).

Tableau A1.4 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 au Manitoba en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	795	489	62,32	58,98 – 65,66	795	793	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	943	569	62,92	59,52 – 66,33	943	938	100,00	99,54 – 100,00
Âge								
17-24	180	141	80,43	75,10 – 85,76	180	179	99,84	98,31 – 100,00
25-39	451	308	69,18	64,65 – 73,72	451	450	100,00	99,60 – 100,00
40-59	608	392	65,74	61,70 – 69,78	608	607	100,00	99,98 – 100,00
60+	499	217	44,01	39,36 – 48,66	499	495	99,73	98,60 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	389	219	58,22	52,74 – 63,70	389	389	100,00	99,74 – 100,00
2	328	192	59,83	54,22 – 65,44	328	327	100,00	99,02 – 100,00
3	347	220	65,04	59,80 – 70,27	347	344	99,57	98,19 – 100,00
4	253	152	60,93	54,80 – 67,05	253	251	99,50	97,89 – 100,00
5 (plus défavorisés)	162	106	67,76	60,57 – 74,95	162	161	99,32	97,25 – 100,00
Total	1 738	1 058	62,62	60,23 – 65,00	1 738	1 731	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 259 donneurs (14,9 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 169 des 259 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 66,50 % (IC à 95 %, 60,69 – 72,31) et les résultats de 259 des 259 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 100,00 % (IC à 95 %, 99,41 – 100,00).

Tableau A1.5 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 en Ontario en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	7 255	3 978	54,37	53,34 – 55,40	7 255	7 216	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	8 707	4 821	57,85	56,79 – 58,91	8 706	8 623	100,00	100,00 – 100,00
Âge								
17-24	1 189	841	71,44	69,55 – 73,33	1 189	1 188	100,00	100,00 – 100,00
25-39	4 420	2 851	65,65	64,20 – 67,11	4 420	4 397	100,00	100,00 – 100,00
40-59	5 957	3 461	58,89	57,65 – 60,12	5 957	5 908	100,00	100,00 – 100,00
60+	4 396	1 646	37,58	36,23 – 38,94	4 395	4 346	100,00	100,00 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	3 793	2 000	53,26	51,72 – 54,80	3 792	3 775	100,00	100,00 – 100,00
2	3 582	1 952	55,40	53,81 – 56,99	3 582	3 557	100,00	100,00 – 100,00
3	3 088	1 653	54,76	53,06 – 56,46	3 088	3 058	100,00	99,95 – 100,00
4	2 402	1 351	57,07	55,21 – 58,94	2 402	2 380	100,00	100,00 – 100,00
5 (plus défavorisés)	1 354	829	62,23	59,89 – 64,57	1 354	1 338	100,00	99,79 – 100,00
Total	15 962	8 799	56,04	55,30 – 56,78	15 961	15 839	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 1 743 donneurs (10,9 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 1 014 des 1 743 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 58,62 % (IC à 95 %, 56,39 – 60,84) et les résultats de 1 731 des 1 743 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 10,00 % (IC à 95 %, 100,00 – 100,00).

Tableau A1.6 Séroprévalence du SRAS-CoV-2 dans les provinces de l'Atlantique en août 2022, en fonction de la comparaison des résultats des anticorps anti-N et anti-S

	Résultats des anticorps anti-N (indicateurs de l'infection naturelle)				Résultats des anticorps anti-S (indicateurs d'une immunité humorale par l'infection naturelle ou la vaccination)			
	Bruts		Corrigés		Bruts		Corrigés	
	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %	Tests (nombre)	Positifs (nombre)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe								
Femmes	1 596	871	55,52	53,08 – 57,97	1 596	1 589	100,00	100,00 – 100,00
Hommes	1 734	928	56,04	53,51 – 58,57	1 734	1 724	100,00	100,00 – 100,00
Âge								
17-24	211	160	76,89	72,35 – 81,44	211	211	100,00	99,83 – 100,00
25-39	741	462	63,23	59,44 – 67,02	741	739	100,00	99,96 – 100,00
40-59	1 269	709	57,47	54,54 – 60,40	1 269	1 262	100,00	99,97 – 100,00
60+	1 109	468	42,37	39,33 – 45,42	1 109	1 101	100,00	99,71 – 100,00
Défavorisation matérielle¹								
1 (moins défavorisé)	549	307	58,32	53,96 – 62,67	549	549	100,00	100,00 – 100,00
2	672	358	55,13	51,15 – 59,12	672	670	100,00	99,89 – 100,00
3	630	347	56,10	52,06 – 60,14	630	627	100,00	99,78 – 100,00
4	678	362	55,47	51,60 – 59,34	678	673	100,00	99,27 – 100,00
5 (plus défavorisés)	529	279	54,20	49,92 – 58,49	529	523	99,85	98,85 – 100,00
Total	3 330	1 799	55,77	54,01 – 57,53	3 330	3 313	100,00	100,00 – 100,00

¹ Les codes postaux de 272 donneurs (8,2 %) n'étaient pas précisés et n'ont pas pu être inclus dans les quintiles de défavorisation matérielle. Les résultats de 146 des 272 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-N. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 parmi les codes postaux manquants s'élevait à 55,50 % (IC à 95 %, 49,19 – 61,82) et les résultats de 271 des 272 donneurs étaient positifs aux anticorps anti-S. La séroprévalence corrigée du SRAS-CoV-2 s'élevait à 100 % (IC à 95 %, 98,87 – 100,00).

Tableau A2.1. Séroprévalence hebdomadaire du SRAS-CoV-2 selon les résultats des anticorps anti-N en août 2022, en fonction des variables démographiques

	1-7 août			8-15 août			16-23 août			24-31 août		
	Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés		Bruts	Corrigés	
	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %
Sexe												
Femmes	3 052 (1 690)	55,32	53,66 – 56,99	4 454 (2 539)	56,83	55,47 – 58,20	4 331 (2 493)	57,59	56,21 – 58,98	4 397 (2 618)	58,69	57,30 – 60,07
Hommes	4 174 (2 348)	58,21	56,60 – 59,81	5 121 (2 939)	59,90	58,48 – 61,32	5 158 (2 959)	59,64	58,20 – 61,08	5 280 (3 121)	61,21	59,80 – 62,62
Âge												
17-24	521 (373)	71,04	68,00 – 74,09	729 (555)	76,70	74,33 – 79,08	673 (494)	74,47	71,89 – 77,04	740 (567)	77,20	74,82 – 79,57
25-39	1 935 (1 235)	64,88	62,63 – 67,13	2 571 (1 723)	67,95	66,08 – 69,83	2 475 (1 658)	67,88	65,93 – 69,84	2 649 (1 803)	68,83	66,95 – 70,72
40-59	2 617 (1 556)	59,87	57,92 – 61,82	3 441 (2 036)	59,51	57,83 – 61,19	3 528 (2 101)	60,34	58,69 – 62,00	3 546 (2 190)	61,73	60,07 – 63,40
60+	2 153 (874)	40,15	38,01 – 42,28	2 834 (1 164)	39,84	37,99 – 41,68	2 813 (1 199)	42,00	40,13 – 43,88	2 742 (1 179)	41,68	39,80 – 43,57
Province												
Colombie-Britannique	1 188 (669)	57,32	54,58 – 60,06	1 727 (997)	59,44	57,15 – 61,72	1 711 (980)	59,22	56,83 – 61,60	1 605 (935)	59,32	56,94 – 61,69
Alberta	1 348 (835)	63,27	60,33 – 66,21	1 987 (1 271)	65,61	63,21 – 68,01	1 756 (1 119)	65,67	63,09 – 68,25	1 833 (1 244)	69,26	66,86 – 71,66
Saskatchewan	335 (194)	59,92	54,37 – 65,48	379 (207)	57,73	52,60 – 62,86	410 (237)	61,35	56,43 – 66,26	408 (234)	59,06	53,93 – 64,18
Manitoba	346 (215)	63,61	58,45 – 68,77	488 (299)	64,27	59,83 – 68,71	444 (267)	60,84	56,07 – 65,61	472 (284)	61,96	57,40 – 66,51
Ontario	3 343 (1 789)	54,75	53,10 – 56,40	4 210 (2 274)	55,05	53,65 – 56,46	4 353 (2 407)	56,46	55,06 – 57,85	4 225 (2 419)	57,85	56,42 – 59,29
Nouveau-Brunswick	240 (130)	55,00	48,54 – 61,47	392 (216)	56,27	51,12 – 61,42	158 (90)	58,13	50,31 – 65,96	297 (169)	58,64	52,77 – 64,51
Nouvelle-Écosse	300 (144)	47,58	41,53 – 53,64	230 (104)	48,79	41,42 – 56,15	457 (232)	51,87	46,65 – 57,10	561 (289)	52,88	48,29 – 57,48
Île-du-Prince-Édouard	67 (26)	36,63	22,63 – 50,63	52 (30)	58,97	42,53 – 75,40	26 (16)	63,51	41,77 – 85,26	132 (79)	60,40	50,33 – 70,46
Terre-Neuve	59 (36)	61,17	50,80 – 71,53	110 (80)	73,55	66,63 – 80,47	174 (104)	59,71	53,61 – 65,82	144 (86)	59,68	52,95 – 66,40

**Rapport sur la séroprévalence de la
COVID-19**

Région métropolitaine												
Vancouver	676 (405)	59,86	56,42 – 63,30	800 (491)	62,18	59,05 – 65,31	785 (495)	63,77	60,61 – 66,94	880 (555)	63,16	60,18 – 66,15
Calgary	482 (303)	63,69	58,31 – 69,07	726 (487)	68,62	64,41 – 72,84	737 (510)	71,74	67,60 – 75,87	669 (467)	71,78	67,51 – 76,04
Edmonton	423 (244)	58,26	53,09 – 63,44	576 (340)	60,79	56,42 – 65,17	544 (310)	58,73	54,16 – 63,30	593 (364)	61,65	57,36 – 65,94
Ottawa	434 (215)	48,35	42,48 – 54,23	291 (149)	52,46	45,38 – 59,54	653 (340)	52,56	47,84 – 57,27	506 (269)	52,63	47,24 – 58,02
Toronto	1 002 (576)	57,30	54,75 – 59,85	1 571 (926)	59,08	57,07 – 61,09	1 443 (856)	59,76	57,64 – 61,88	1 177 (693)	59,21	56,89 – 61,53
Winnipeg	200 (118)	60,53	52,98 – 68,07	339 (182)	54,37	48,42 – 60,31	304 (177)	58,48	52,21 – 64,75	337 (202)	62,10	56,37 – 67,83
Ethnicité¹												
Blanche	5 414 (2 935)	54,99	53,63 – 56,34	7 377 (4 070)	55,95	54,81 – 57,10	7 368 (4 120)	56,87	55,72 – 58,02	7 436 (4 297)	58,18	57,04 – 59,33
Autochtone	74 (50)	64,80	53,90 – 75,70	119 (74)	60,00	51,21 – 68,78	139 (90)	66,03	58,46 – 73,60	119 (76)	67,76	59,77 – 75,74
Asiatique	413 (237)	55,64	51,07 – 60,22	477 (294)	62,86	58,78 – 66,95	461 (274)	60,66	56,38 – 64,93	488 (313)	64,41	60,38 – 68,44
Autres groupes racisés	828 (562)	70,83	67,78 – 73,89	989 (691)	71,95	69,27 – 74,62	1 008 (689)	69,48	66,76 – 72,21	1 031 (718)	71,42	68,67 – 74,17
Défavorisation sociale²												
1 (moins défavorisés)	1 411 (820)	59,74	57,21 – 62,28	1 814 (1 126)	63,83	61,64 – 66,02	1 697 (1 006)	59,57	57,24 – 61,91	1 845 (1 122)	60,68	58,46 – 62,89
2	1 303 (739)	57,90	55,18 – 60,61	1 726 (981)	58,50	56,18 – 60,82	1 784 (1 013)	57,76	55,50 – 60,01	1 789 (1 040)	58,36	56,07 – 60,64
3	1 291 (690)	54,39	51,64 – 57,15	1 737 (963)	55,54	53,20 – 57,87	1 653 (936)	57,80	55,37 – 60,22	1 676 (1 006)	61,82	59,46 – 64,17
4	1 165 (623)	55,17	52,30 – 58,05	1 586 (860)	55,81	53,36 – 58,25	1 518 (844)	56,61	54,08 – 59,13	1 646 (957)	59,76	57,35 – 62,17
5 (plus défavorisés)	1 237 (679)	55,12	52,24 – 57,99	1 530 (855)	55,67	53,17 – 58,17	1 641 (942)	58,89	56,45 – 61,33	1 595 (906)	56,63	54,10 – 59,17
Défavorisation matérielle²												
1 (moins défavorisés)	1 829 (997)	54,89	52,53 – 57,25	2 484 (1 417)	56,94	54,94 – 58,95	2 562 (1 492)	58,44	56,45 – 60,43	2 584 (1 452)	56,35	54,34 – 58,36
2	1 679 (939)	56,99	54,57 – 59,41	2 028 (1 127)	56,63	54,46 – 58,81	2 130 (1 207)	57,54	55,40 – 59,68	2 095 (1 261)	61,04	58,89 – 63,18
3	1 303 (723)	57,35	54,64 – 60,07	1 707 (953)	57,14	54,81 – 59,47	1 668 (917)	56,06	53,66 – 58,45	1 742 (1 030)	59,25	56,95 – 61,55
4	1 019 (554)	55,73	52,73 – 58,74	1 334 (782)	60,05	57,49 – 62,61	1 251 (715)	58,85	56,20 – 61,49	1 379 (829)	61,05	58,55 – 63,56
5 (plus défavorisés)	577 (338)	60,35	56,49 – 64,21	840 (506)	62,33	59,26 – 65,40	682 (410)	62,08	58,69 – 65,47	751 (459)	62,76	59,45 – 66,07
Total	7 226 (4 038)	56,80	55,64 – 57,96	9 575 (5 478)	58,29	57,30 – 59,27	9 489 (5 452)	58,57	57,57 – 59,57	9 677 (5 739)	59,91	58,92 – 60,90

¹ La 1^{re} semaine, 497 donneurs (6,9 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 51,32 % (IC à 95 %, 46,92 – 55,71).

La 2^e semaine, 613 donneurs (6,4 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 57,32 % (IC à 95 %, 53,45 – 61,20).

La 3^e semaine, 513 donneurs (5,4 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 54,34 % (IC à 95 %, 49,97 – 58,72).

La 4^e semaine, 603 donneurs (6,2 %) n'ont pas précisé leur ethnicité. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 54,51 % (IC à 95 %, 50,46 – 58,56).

² La 1^{re} semaine, 819 donneurs (11,3 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 58,32 % (IC à 95 %, 54,86 – 61,77).

La 2^e semaine, 1 182 donneurs (12,3 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 60,05 % (IC à 95 %, 57,25 – 62,86).

La 3^e semaine, 1 196 donneurs (12,6 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 61,53 % (IC à 95 %, 29 – 64,33).

La 4^e semaine, 1 126 donneurs (11,6 %) n'avaient pas précisé leur code postal. La séroprévalence corrigée en fonction des anticorps anti-N s'élevait à 62,96 % (IC à 95 %, 60,07 – 65,85).

Tableau A2.2. Séroprévalence hebdomadaire du SRAS-CoV-2 selon les résultats des anticorps anti-N en août 2022, par province et par tranche d'âge

	1-7 août			8-15 août			16-23 août			24-31 août		
	Corrigés			Corrigés			Corrigés			Corrigés		
	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %	Échant. testés (Positifs anti-N)	Positifs (%)	IC à 95 %
Colombie-Britannique												
17-24	67 (53)	76,31	68,70 – 83,91	111 (88)	82,57	77,38 – 87,76	108 (78)	74,89	68,72 – 81,06	109 (89)	83,54	78,46 – 88,61
25-39	321 (205)	65,82	60,35 – 71,29	474 (339)	72,54	68,28 – 76,81	447 (307)	70,43	65,71 – 75,15	480 (325)	67,85	63,35 – 72,36
40-59	411 (245)	59,51	54,90 – 64,13	588 (347)	59,19	55,31 – 63,07	589 (363)	62,15	58,17 – 66,13	538 (307)	56,92	52,77 – 61,08
60+	389 (166)	43,35	38,43 – 48,06	554 (223)	38,98	35,80 – 44,17	567 (232)	42,04	37,75 – 46,33	478 (214)	43,95	39,48 – 48,41
Total	1 188 (669)	57,32	54,58 – 60,06	1 727 (997)	59,44	57,15 – 61,72	1 711 (980)	59,22	56,83 – 61,60	1 605 (935)	59,32	56,94 – 61,69
Alberta												
17-24	102 (72)	70,68	62,59 – 78,76	170 (137)	81,69	76,24 – 87,13	135 (106)	79,88	73,61 – 86,14	168 (134)	78,55	72,78 – 84,33
25-39	348 (250)	72,71	67,61 – 77,81	548 (392)	71,34	67,18 – 75,49	451 (332)	74,68	70,28 – 79,07	513 (374)	72,53	68,34 – 76,71
40-59	496 (313)	63,51	58,59 – 68,44	724 (476)	65,70	61,64 – 69,75	635 (400)	62,93	58,48 – 67,37	671 (479)	72,38	68,37 – 76,38
60+	402 (200)	48,13	41,93 – 54,32	545 (266)	47,51	42,06 – 52,97	535 (281)	51,55	46,03 – 57,08	481 (257)	53,68	48,09 – 59,27
Total	1 348 (835)	63,27	60,33 – 66,21	1 987 (1 271)	65,61	63,21 – 68,01	1 756 (1 119)	65,67	63,09 – 68,25	1 833 (1 244)	69,26	66,86 – 71,66
Saskatchewan												
17-24	27 (22)	81,90	70,63 – 93,18	30 (22)	77,68	66,43 – 88,92	20 (16)	82,69	70,47 – 94,90	28 (23)	80,15	68,14 – 92,16
25-39	92 (55)	59,78	49,15 – 70,42	103 (58)	58,82	49,07 – 68,58	97 (68)	71,72	62,56 – 80,87	107 (66)	63,33	53,60 – 73,06
40-59	130 (88)	68,36	59,20 – 77,52	128 (78)	61,67	52,28 – 71,06	155 (91)	60,81	52,42 – 69,20	151 (88)	58,41	49,64 – 67,18
60+	86 (29)	34,85	23,91 – 45,78	118 (49)	42,36	32,80 – 51,92	138 (62)	46,68	37,61 – 55,76	122 (57)	46,14	36,14 – 56,15
Total	335 (194)	59,92	54,37 – 65,48	379 (207)	57,73	52,60 – 62,86	410 (237)	61,35	56,43 – 66,26	408 (234)	59,06	53,93 – 64,18

**Rapport sur la séroprévalence de la
COVID-19**

Manitoba												
17-24	43 (36)	84,78	75,03 – 94,53	55 (46)	85,58	77,16 – 93,99	37 (27)	72,77	59,12 – 86,43	46 (33)	76,34	65,36 – 87,29
25-39	100 (65)	65,14	55,55 – 74,72	129 (89)	71,58	63,34 – 79,82	110 (74)	67,71	58,45 – 76,98	112 (80)	71,68	62,88 – 80,49
40-59	119 (78)	66,45	57,47 – 75,43	173 (109)	64,07	56,49 – 71,65	153 (96)	64,60	56,55 – 72,65	165 (110)	67,90	60,37 – 75,42
60+	84 (36)	43,95	33,09 – 54,81	131 (55)	43,64	34,39 – 52,90	144 (70)	47,75	39,11 – 56,40	149 (61)	41,08	32,61 – 49,55
Total	346 (215)	63,61	58,45 – 68,77	488 (299)	64,27	59,83 – 68,71	444 (267)	60,84	56,07 – 65,61	472 (284)	61,96	57,40 – 66,51
Ontario												
17-24	245 (167)	68,37	64,07 – 72,68	316 (222)	70,50	66,90 – 74,09	310 (220)	72,15	68,53 – 75,77	324 (237)	74,33	70,81 – 77,85
25-39	919 (571)	63,57	60,31 – 66,83	1 170 (755)	65,98	63,25 – 68,71	1 174 (762)	65,45	62,65 – 68,24	1 186 (785)	67,77	64,97 – 70,57
40-59	1 225 (703)	58,32	55,55 – 61,09	1 521 (854)	57,26	54,85 – 59,67	1 676 (975)	59,33	57,05 – 61,60	1 598 (965)	60,60	58,22 – 62,97
60+	954 (348)	36,86	33,87 – 39,85	1 203 (443)	36,65	34,13 – 39,17	1 193 (450)	38,45	35,87 – 41,04	1 117 (432)	38,13	35,45 – 40,80
Total	3 343 (1 789)	54,75	53,10 – 56,40	4 210 (2 274)	55,05	53,65 – 56,46	4 353 (2 407)	56,46	55,06 – 57,85	4 225 (2 419)	57,85	56,42 – 59,29
Atlantique												
17-24	37 (23)	61,58	49,77 – 73,39	47 (40)	88,41	81,47 – 95,36	63 (47)	76,70	67,68 – 85,73	65 (51)	77,63	69,70 – 85,57
25-39	155 (89)	56,73	48,34 – 65,13	147 (90)	62,68	54,57 – 70,79	196 (115)	60,86	53,30 – 68,43	251 (173)	69,58	63,29 – 75,86
40-59	236 (129)	55,78	48,99 – 62,57	307 (172)	58,23	52,32 – 64,14	320 (176)	56,76	51,03 – 62,50	423 (241)	58,48	53,38 – 63,58
60+	238 (95)	40,69	34,12 – 47,26	283 (128)	45,15	38,80 – 51,50	236 (104)	44,18	37,88 – 50,48	395 (158)	39,99	34,84 – 45,14
Total	666 (336)	51,38	47,44 – 55,31	784 (430)	58,32	54,73 – 61,91	815 (442)	55,93	52,42 – 59,43	1 134 (623)	56,44	53,40 – 59,49
Total	7 226 (4 038)	56,80	55,64 – 57,96	9 575 (5 478)	58,29	57,30 – 59,27	9 489 (5 452)	58,57	57,57 – 59,57	9 677 (5 739)	59,91	58,92 – 60,90